

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA  
CURSO DE DOUTORADO PUCRS/UCS**

**ISABEL CRISTINA ROSA BARROS RASIA**

**RELAÇÃO ENTRE AS FORÇAS INTERNAS E EXTERNAS NA INOVAÇÃO  
EM SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CAXIAS DO SUL  
2015**

**ISABEL CRISTINA ROSA BARROS RASIA**

**RELAÇÃO ENTRE AS FORÇAS INTERNAS E EXTERNAS NA INOVAÇÃO  
EM SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese de Doutorado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Doutorado em Administração da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutora em Administração. Linha de Pesquisa: Gestão da Inovação, Competitividade e Mercado.

Orientador: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea

**CAXIAS DO SUL  
2015**

R224r Rasia, Isabel Cristina Rosa Barros

Relação entre as forças internas e externas na inovação em serviço na atenção primária à saúde / Isabel Cristina Rosa Barros Rasia. – 2015.  
288 f.: il.

Tese (Doutorado) - Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2015.

Orientação: Pelayo Munhoz Olea.

1. Cuidados primários de saúde - Inovações tecnológicas. 2. Serviços de saúde - Administração. 3. Saúde pública - Brasil. I. Munhoz Olea, Pelayo, orient. II. Título.

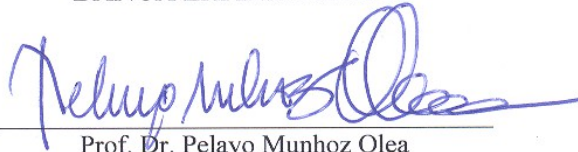
Isabel Cristina Rosa Barros Rasia

**A Relação entre as Forças Internas e Externas na Inovação em Serviço  
na Atenção Primária à Saúde**

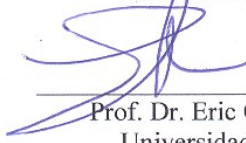
Tese apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do grau de Doutora em Administração, pelo  
Programa de Pós-Graduação em Administração da  
Universidade de Caxias do Sul.

Aprovada em 09 de dezembro de 2015, pela Banca Examinadora

BANCA EXAMINADORA:



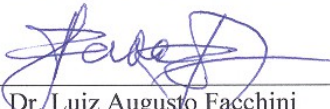
Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea  
(Orientador e Presidente da Sessão)  
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Eric Charles Henri Dorion  
Universidade de Caxias do Sul



Prof.ª Dr.ª Maria Emília Camargo  
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini  
Universidade Federal de Pelotas



Prof.ª Dr.ª Rita Maria Heck  
Universidade Federal de Pelotas



Aos meus pais,

Celmar Bento Barros e Loiva Rosa Barros,

Á minha filha Beatriz Barros Rasia, pelo amor  
incondicional que me dedicam.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir realizar este sonho e por colocar nessa caminhada pessoas iluminadas que contribuíram de forma significativa para a minha formação, por tornarem mais leves os passos dados.

Ao meu Orientador, Prof. Pelayo Munhoz Olea, pelos momentos elucidativos na construção dessa Tese; pelas análises pontuais e direcionadoras que me levaram a refletir e ir além dos meus limites. Pelo apoio e incentivo em todas as etapas.

Um agradecimento especial e com todo o carinho a Profa. Denise Silva Silveira, que coorientou esse estudo, sendo incansavelmente amável, inspiradora, fonte de amparo e conhecimento. Compartilhando nobremente o conhecimento em APS vivenciados diariamente. Recebendo-me no DMS e em sua casa, por meses, sempre de braços abertos.

Aos professores do PPGA UCS e PUC, por contribuírem com a minha formação, em especial à Profa. Maria Emília Camargo e ao Prof. Eric Charles Dorion pelas contribuições ao estudo e atenção dispensados em momentos de dúvida.

Aos meus amados e queridos familiares por aceitarem as minhas ausências, as horas intermináveis de estudo e dedicação, os sabores e dissabores desta caminhada; por estarem sempre ao meu lado: Paulo Roberto Pitzer Rasia, Beatriz, Kariane; Celmar Bento Barros, Loiva; Ricardo Rosa Barros, Shirlei, Rhayssa; Ronaldo Rosa Barros, Marcia, Letícia; Ivo Aquino Rasia, Marly, Luciane, Marcelo, Júlia, Marcos, Mara, Laís; Marcia Krause; Marcia Lacerda, Maurício, Enzo.

Aos meus colegas de Doutorado, turma unida e amiga. Obrigada pelos bons momentos de compartilhamento de saberes, de risos, de amizade e pelas caronas que tanto me ajudaram. A nossa turma foi o amparo, amenizando o cansaço das longas viagens para Porto Alegre e para Caxias do Sul semanalmente; incentivando-me a seguir em frente.

À Faculdade de Medicina - UFPEL, em especial ao Dr. Farid Iunan Nader e a Denise Santos Simões (*in memoriam*) e a equipe do DMS, por me apoiarem nesta empreitada. Também aos colegas de trabalho da FAT - UFPEL que compreenderam a importância do estudo.

A colega e amiga Cristine Hermann Nodari, por todo o apoio, ideias transmitidas e caminhos desvelados, que foram indispensáveis para que esta caminhada acontecesse.

Um reconhecimento e gratidão especiais aos meus pais, Celmar e Loiva, pelo amor incondicional dedicados à nossa família; sendo o esteio nas dificuldades, exemplos de ética, força e superação. Obrigada pelos inúmeros incentivos que me dedicaram, pelas horas diárias de oração.

Aos entrevistados do estudo, profissionais da Saúde Pública, que dedicam as suas vidas a prevenir, tratar e amenizar a dor da população. Conseguem, em meio a tantas dificuldades, transcender, e enxergar o indivíduo na sua integralidade.

Por fim, agradeço aos professores componentes da banca pelas contribuições ao trabalho.

*“Cada boa ação que você pratica, é uma luz que você cria entorno de seus próprios passos.”*

**Chico Xavier**

## RESUMO

Esta Tese tem, como tema central, a inovação em serviço na Atenção Primária à Saúde (APS) e, como objetivo, analisar a relação entre as forças internas e externas na inovação em serviço na APS de Pelotas, caracterizando a sua forma de organização e gestão, os processos estabelecidos para inovar, sua orientação em APS e as inovações geradas/produzidas nas dimensões: produto, processo, *marketing* e organizacional (Manual de Oslo, 2005). Cada dimensão foi analisada nas perspectivas: estrutura física, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, acesso a exames complementares, gestão e atendimento ao usuário. Inovações em serviços de saúde têm como premissa, a melhoria da produtividade e eficiência, o aumento da qualidade e da capacidade de resposta, a redução das variabilidades na prática assistencial e a ampliação do acesso aos serviços de saúde. A APS compreende o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da coletividade, com o sistema de saúde. O método de investigação teve um delineamento transversal, objetivo exploratório e, quanto à natureza de abordagem quantitativa e qualitativa. Realizou-se um estudo de casos com a aplicação de pesquisa empírica à população de gestores ligados ao sistema de saúde da APS da cidade com perguntas sobre a conformação do sistema de saúde, a inovação em serviços e sua orientação em APS de acordo com o *Primary Care Assessment Tool*, instrumento validado por Starfield (2001) e Brasil (2010). Os resultados quantitativos demonstram que as inovações em serviços eram, em maioria da tipologia produto (98%), processo (90%), e organizacional (88%) e em menor proporção a de *marketing* (32%). Em todas as dimensões, as perspectivas com mais inovações estavam ligadas à gestão, atendimento ao usuário e recursos humanos. Em relação ao desfecho “Orientação em APS”, a média geral de 6,91 (dp = 1,12) demonstrou que as UBS do município estão orientadas em APS. Contudo, quando se estratifica por modelo de atenção, as UBS que trabalham com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) estão orientadas com escore de 7,51 (dp = 0,71), enquanto que as Tradicionais obtiveram uma média de 5,91 (dp = 0,95), consideradas não orientadas em APS ( $p = 0,000$ ). Quanto à associação das inovações e à orientação em APS, constatou-se na análise bruta por Regressão de Poisson, pertencer ao modelo de atenção às variáveis ESF, ter planejamento de ações e organização formal das atividades, as quais estiveram significativamente associadas à orientação em APS. No entanto, na análise ajustada, apenas a variável modelo de atenção permaneceu associada ao desfecho (2,86; IC 95% 2,18 – 6,91). A análise qualitativa identificou que o município atua sob o modelo de gestão plena do Sistema Municipal de Saúde e os processos de inovação em serviço são alavancados através do Governo Federal, sendo os programas e projetos lançados a nível nacional, com a adesão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), desenvolvidos com a participação efetiva das equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), através do planejamento e da formalização, amparadas pela comunidade adscrita, Universidades, Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Conselho Local de Saúde (CLS).

**Palavras-chave:** Inovação em Serviços. Atenção Primária à Saúde. Inovação e Saúde.

## ABSTRACT

This thesis focuses on the innovation in services at Health Primary Attention (HPA) and aims at analyzing the relationship between internal and external forces in the innovation in services at HPA in Pelotas, describing its organization and management ways, the procedures established for innovating, its guidance on the HPA, and the innovation generated/produced on the following dimensions: product, process, marketing, and organizational area (Manual de Oslo, 2005). Each dimension was analyzed under perspectives as follows: physical structure, human resources, appliances, medicines and materials, access to complementary examinations, management, and user service. Innovation on health services assumption is the improvement of production and efficiency, the increase on quality and responsiveness, the reduction on variation in care practice, and the increase of access to health services. The HPA includes the individual's, family, and collectivity first level of contact with the health system. Research was performed through a cross-sectional, objective, exploiting method under a quantitative, qualitative nature of approach. A case study was conducted by the application of an empirical research to the population of managers linked to the health system of the local HPA asking about the health system forming, innovation in services, and its guidance on the HPA according to the *Primary Care Assessment Tool*, a tool validated by Starfield (2001) and (2010). Quantitative results show that the innovation in services were, as to their typology, mostly: product (98%), process (90%), and organizational (88%), and fewest in marketing (32%). In all dimensions, the perspectives presenting more innovations were connected to management, user care, and human resources. Regarding to "HPA orientation" outcome, the general average 6.91 (SD = 1,12) indicated that the local "UBS" are arranged in HPA. However, when stratified according to the attention model, the "UBS" working with the Family Health Strategy (FHS) scored 7.51 (SD = 0.71), while Traditional ones averaged 5.91 (dp = 0.95), considered as not guided in HPA ( $p = 0,000$ ). As to the association of innovations and orientation in HPA it was seen under the gross analysis by Poisson Regression that they belong to the model that pays attention to FHS variables, which were significantly related to the orientation in HPA. In the adjusted analysis, however, only the variable attention model remained related to the outcome (2.86; IC 95% 2.18 – 6.91). The qualitative analysis identified that the county performs the full management model of its Municipal Health System and the processes of innovation in services are leveraged by the Federal Government, being the programs and projects launched at national level, along with the Municipal Secretariat of Health, developed with the effective participation of health teams from the Basic Unit of Health (BUH), based on planning and formalization, supported by the assigned community, Universities, Municipal Council of Health (MCH), and the Local Council of Health (LCH).

**Keywords:** Innovation in Services. Primary Health Care. Innovation and Health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição em níveis de atenção do Sistema de Saúde do Brasil.....	21
Figura 2 – Figura Conceito da Tese.....	30
Figura 3 – A estrutura de mensuração da inovação.....	40
Figura 4 – Inovação em serviços em perspectiva multidimensional.....	47
Figura 5 – Modelo de inovação de processos da empresa de serviço.....	56
Figura 6 – Elementos organizacionais do serviço no encontro da inovação.....	58
Figura 7 – Ação normativa.....	68
Figura 8 – Relacionamento da SMS em APS.....	76
Figura 9 – Estrutura metodológica da Tese.....	79
Figura 10 – População do estudo.....	84
Figura 11 – Análise por <i>Cluster</i> das 62 entrevistas.....	91
Figura 12 – Modelo de análise ajustada hierárquica para avaliar a associação entre inovações e orientação em APS.....	96
Figura 13 – Codificação.....	97
Figura 14 – Categorias de análise.....	98
Figura 15 – Distribuição populacional em Pelotas.....	105
Figura 16 – Receita por esfera de governo.....	106
Figura 17 – Categorização ou nós.....	157
Figura 18 – Categorização inovação de produto.....	159
Figura 19 – Categorização inovação de processo.....	164
Figura 20 – Categorização inovação organizacional.....	169
Figura 21 – Categorização inovação de <i>marketing</i> .....	172
Figura 22 – Categorização forças externas.....	175
Figura 23 – Categorização forças internas.....	181
Figura 24 – Categorização UBS Tradicional.....	185
Figura 25 – Categorização ESF.....	188
Figura 26 – Representação do processo de inovação da APS de Pelotas.....	194

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde .....	23
Quadro 2 – O envolvimento do cliente na prestação de serviços .....	43
Quadro 3 – Documentos da pesquisa exploratória .....	80
Quadro 4 – Aspectos da pesquisa descritiva .....	81
Quadro 5 – Descrição das variáveis .....	85
Quadro 6 – Variáveis independentes por nível hierárquico de determinação .....	87
Quadro 7 – Identificação dos questionários .....	93
Quadro 8 – Objetivos ligados aos questionários .....	94
Quadro 9 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde por distrito e equipes de ESF .....	107
Quadro 10 – Distritalização da saúde do município de Pelotas .....	110
Quadro 11 – Equipe de trabalho das Unidades Básicas de Saúde Tradicionais.....	119

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de habitantes residentes na área de cobertura das UBS para toda a amostra e por modelo de atenção .....	113
Tabela 2 – Distribuição das equipes de Estratégia de Saúde da Família.....	115
Tabela 3 – Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e equipe mínima completa .....	116
Tabela 4 – Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família ampliada e equipe de saúde bucal completa .....	116
Tabela 5 – Escala de avaliação das relações da Unidade Básica de Saúde .....	128
Tabela 6 – Somatória das dimensões da inovação em serviço e sua distribuição nas Unidades Básicas de Saúde e por modelo de atenção .....	131
Tabela 7 – Total de inovações em serviço nas Unidades Básicas de Saúde e por modelo de atenção .....	133
Tabela 8 – Inovação de Produto .....	136
Tabela 9 – Avaliação das inovações de produto.....	136
Tabela 10 – Inovação de Processo.....	139
Tabela 11 – Avaliação das inovações de processo .....	139
Tabela 12 – Inovação de <i>Marketing</i> .....	141
Tabela 13 – Avaliação das inovações de <i>marketing</i> .....	141
Tabela 14 – Inovação Organizacional .....	144
Tabela 15 – Avaliação das inovações organizacionais.....	144
Tabela 16 – Escores do <i>PCATOOL</i> .....	147
Tabela 17 – Escores do <i>PCATOOL</i> em relação ao modelo de atenção.....	149
Tabela 18 – Escores do <i>PCATOOL</i> por Unidade Básica de Saúde de ESF .....	150
Tabela 19 – Escores do <i>PCATOOL</i> por Unidade Básica de Saúde Tradicionais .....	151
Tabela 20 – Descrição das variáveis independentes relativas aos responsáveis/gestores da Atenção Primária à Saúde de Pelotas, a estrutura da Unidade Básica de Saúde, introdução de inovações no último ano .....	153
Tabela 21 – Prevalência de Orientação do Serviço em Atenção Primária à Saúde de acordo com o <i>PCATOOL</i> , versão profissionais, análise bruta e ajustada das Unidades Básicas de Saúde .....	155



## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Prevalência de áreas de ensino nas Unidades Básicas de Saúde.....	114
Gráfico 2 – Atividades do Conselho Local de Saúde.....	120
Gráfico 3 – Impulsionadores da inovação em Atenção Primária À Saúde. ....	130

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CLS	Conselho Local de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNAE	Comissão Nacional de Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DeCS	Descritores de Ciências da Saúde
DMS	Departamento de Medicina Social
DNP	Desenvolvimento de Novos Produtos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAT	Faculdade de Administração e Turismo
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JCR	<i>Journal Citation Reports</i>
KIBS	<i>Serviços Empresariais Intensivo em Conhecimento</i>
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MDIC	Ministério de Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
MGS	Monitoramento da Gestão em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAFS	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde

OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
OSCIP	Organização Sem Fins Lucrativos
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<i>PCATool</i>	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PCPC	<i>Primary Care Policy Center</i>
PET SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMMB	Programa Mais Médicos do Brasil
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PSM	Pronto Socorro Municipal
RAS	Redes de Atenção À Saúde
REDESIST	Rede de Pesquisa em Sistemas Produtivos e Inovativos Locais
REMUNE	Lista da Relação Municipal de Medicamentos
SAMU	Serviço Móvel de Urgência e Emergência
SESP	Serviço Especializado de Saúde Pública
SI4S	<i>Services in European Innovation System</i>
SIOPS	Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS	Sistemas Inteligentes de Segurança
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UBAI	Unidade Básica de Atendimento Imediato
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPEL	Universidade Católica de Pelotas

UCS	Universidade de Caxias do Sul
UE	União Européia
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UCTI	Unidade Cardiológica de Terapia Intensiva

## ORGANIZAÇÃO DO VOLUME

A introdução desta Tese está organizada em seções: na 1.1 aborda-se a justificativa para a realização do estudo; na seção 1.2, a delimitação do tema, as questões de pesquisa, com definições, a contextualização do recorte escolhido e a Figura Conceito da Tese; na seção 1.3, pontuam-se os objetivos a serem investigados e finaliza-se o capítulo.

A seção dois abrange o referencial teórico utilizado como escopo do estudo, inicia-se pelas estratégias de busca bibliográfica; discorre-se sobre a inovação com marcos conceituais na visão de Schumpeter (1934, 1942, 1982), e autores de base (MANUAL DO OSLO, 2005); discorre-se sobre a inovação em serviços com a evolução histórica; as principais abordagens teóricas e, a perspectiva de processos; forças que dirigem o processo de inovação em serviços. A seção amplia o entendimento sobre a APS e a qualidade da assistência na perspectiva de Donabedian (1992).

A seção três esclarece o método de trabalho, define as variáveis estudadas, demonstra os instrumentos utilizados na pesquisa, explica as análises realizadas e, por fim, finaliza-se com a conclusão do capítulo.

A seção quatro apresenta os resultados das análises quantitativas e qualitativas, as discussões do estudo e a análise dos dados.

A seção cinco aponta as conclusões, limitações do trabalho e as recomendações do estudo, as referências bibliográficas, apêndices e anexos.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
1.1 JUSTIFICATIVA .....	20
1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA E QUESTÕES DE PESQUISA .....	25
1.3 OBJETIVOS .....	31
<b>1.3.1 Objetivo geral</b> .....	31
<b>1.3.2 Objetivos específicos</b> .....	31
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	32
2.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA .....	32
2.2 INOVAÇÃO .....	34
2.3 INOVAÇÃO EM SERVIÇOS .....	42
<b>2.3.1 Evolução histórica das teorias da inovação em serviço</b> .....	42
<b>2.3.2 Principais abordagens teóricas sobre a inovação em serviços</b> .....	49
2.3.2.1 Abordagem tecnicista .....	50
2.3.2.2 Abordagem baseada nos serviços .....	50
2.3.2.3 Abordagem integradora .....	51
2.4 A PERSPECTIVA DE PROCESSO NA INOVAÇÃO EM SERVIÇO .....	52
2.5 FORÇAS QUE DIRIGEM O PROCESSO DE INOVAÇÃO EM SERVIÇO .....	58
<b>2.5.1 Forças internas em APS</b> .....	59
<b>2.5.2 Forças externas em APS</b> .....	60
2.6 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	61
<b>2.6.1 A qualidade assistencial na perspectiva de Donabedian (1990, 1992)</b> .....	71
<b>3 MÉTODO</b> .....	78
3.1 DELINEAMENTO .....	78
<b>3.1.1 Pesquisa exploratória</b> .....	79
<b>3.1.2 Pesquisa quantitativa</b> .....	81
<b>3.1.3 Pesquisa qualitativa</b> .....	82
3.2 POPULAÇÃO-ALVO .....	84
3.3 QUADRO DE VARIÁVEIS .....	84
3.4 DEFINIÇÕES DOS DESFECHOS .....	88
<b>3.4.1 Orientação em APS</b> .....	88
<b>3.4.2 Representação do processo de inovação em APS</b> .....	90
3.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA .....	92
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	94
<b>3.6.1 Dados quantitativos</b> .....	94

<b>3.6.2 Dados qualitativos</b> .....	96
3.7 LOGÍSTICA .....	100
3.8 CONTROLE DE QUALIDADE .....	102
3.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	102
3.10 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO .....	103
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	104
4.1 ESTUDO QUANTITATIVO .....	104
<b>4.1.1 Caracterização do município de Pelotas e do sistema de saúde</b> .....	104
<b>4.1.2 Perfil demográfico, características do emprego e formação dos gestores da APS e Presidente do CMS</b> .....	111
<b>4.1.3 Caracterização das UBS</b> .....	112
<b>4.1.4 Conselho Local de Saúde</b> .....	120
<b>4.1.5 Relações das UBS com a Secretaria Municipal de Saúde e as Instituições</b> .....	122
<b>4.1.6 Inovações</b> .....	128
4.1.6.1 Inovação de produto .....	134
4.1.6.2 Inovação de processo .....	137
4.1.6.3 Inovação de <i>marketing</i> .....	140
4.1.6.4 Inovação organizacional .....	142
4.1.6.5 Orientação em APS .....	145
4.2 ESTUDO QUALITATIVO .....	156
<b>4.2.1 Análises das entrevistas</b> .....	156
4.2.1.1 Inovação de produto .....	158
4.2.1.2 Inovação de processo .....	164
4.2.1.3 Inovações organizacionais .....	168
4.2.1.4 Inovações de <i>marketing</i> .....	172
4.2.1.5 Forças externas .....	175
4.2.1.6 Forças internas .....	180
4.2.1.7 UBS Tradicional .....	185
4.2.1.8 Estratégia de Saúde da Família .....	187
4.2.1.9 Representação do processo de inovação em serviço na APS de Pelotas .....	192
4.3 ANÁLISES DO ESTUDO .....	194
<b>5 CONCLUSÕES</b> .....	202
5.1 EM RELAÇÃO AO OBJETIVO GERAL .....	202

5.2 EM RELAÇÃO AOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	203
5.2.1 Caracterização da estrutura organizacional da APS de Pelotas/RS.....	204
5.2.2 Inovações em serviço nas dimensões produto, processo, <i>marketing</i> e organizacional no contexto da APS.....	205
5.2.3 As relações entre as forças internas e externas e o sistema instituído para a inovação em APS .....	206
5.2.4 As inovações em produto, processo, marketing e organizacional da APS e a orientação em APS .....	207
5.2.5 Inovação em serviço da APS de Pelotas.....	209
5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PESQUISAS FUTURAS .....	211
5.4 RECOMENDAÇÕES A PARTIR DO ESTUDO.....	210
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>214</b>
<b>APÊNDICE 1 – Questionário Gestor da UBS .....</b>	<b>227</b>
<b>APÊNDICE 2 – Questionário Gestão da APS e Presidente do CMS .....</b>	<b>264</b>
<b>APÊNDICE 3 – Síntese da Revisão Bibliográfica .....</b>	<b>267</b>
<b>APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>283</b>
<b>ANEXOS 1- Parecer sobre Projeto de Pesquisa SMS.....</b>	<b>284</b>
<b>ANEXOS 2 – Parecer Plataforma Brasil.....</b>	<b>285</b>
<b>ANEXOS 3- Lista de Códigos.....</b>	<b>287</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A importância da inovação como impulsionadora da atividade produtiva foi destacada nas obras de Schumpeter (1934, 1942, 1982), introduzindo-se o tema na Teoria Econômica. A inovação constitui-se em um processo de busca e aprendizado que se determina socialmente, fortemente influenciado por formatos institucionais e organizacionais específicos, como diversidade regional, especificidades locais, formas de organização e gestão. Assim, existem diferenças entre a forma de inovar de um país para outro, de uma região do mesmo país para outra e, até mesmo, de um local para outro (CASSIOLATO; LASTRES, 2005; HALVORSEN, 2005).

No entanto, as inovações em serviços têm abrangência mais complexa que a praticada na indústria, pois a sua atuação envolve diversos fatores que ainda precisam ser claramente explorados: o ambiente onde estão inseridos, os atores envolvidos, os processos de trabalho e a forma pela qual mantêm relacionamentos com outras instituições, as políticas públicas, formas de organização e de gestão; as necessidades dos clientes e fornecedores – além de uma gama de cenários difíceis de mapear (SUNDBO, 1996; HAUKNES, 1998; GALLOUJ, 2000, 2002).

Uma das dificuldades em se elaborar esse mapa está na imaterialidade de sua produção e na forma como os conhecimentos tácitos e explícitos são interligados, criando especificidades adicionais para a identificação das inovações. Além disso, as relações e os processos estabelecidos, a forma de organização dos serviços e os meios utilizados na sua prestação são características importantes de cada setor específico, tornando cada prestação de serviço única quanto ao produzido sob uma demanda específica e de acordo com as relações e interações estabelecidas com o cliente (SUNDBO; GALLOUJ, 1998a; GALLOUJ, 2002; ALAM, 2006; SORENSEN; JENSEN, 2012).

No setor de prestação de serviços de saúde, especificamente na Atenção Primária à Saúde – APS, os estudos quando envolvem o tema inovação privilegiam a forma de organização e a cooperação dos serviços, as novas tecnologias diagnósticas no tratamento e prevenção de doenças e em dados epidemiológicos que balizam as ações em saúde, existindo uma lacuna para a investigação na análise das relações e dos processos estabelecidos para inovar em APS (STARFIELD, 2001; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; GREENHALGH et al., 2005). Desde 1978, após a Conferência da Alma-Ata em 1978, a APS é considerada uma das mais importantes inovações dos sistemas de saúde do mundo (CUETO, 2004). Portanto, este estudo tem como tema central, a inovação em serviço no

âmbito da APS e, como objetivo, analisar a relação entre as forças internas e externas na inovação em serviço na APS do município de Pelotas, caracterizando a sua forma de organização e gestão, os processos estabelecidos para inovar, sua orientação em APS, além das inovações geradas/produzidas em produto, processo, *marketing* e organizacional, por essas unidades constituintes interligadas (MANUAL DE OSLO, 2005). Na seção 1.1 justifica-se a escolha do tema.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

As empresas de serviços e, em especial, aquelas ligadas ao tratamento, prevenção e cuidado da saúde são apenas moderadamente cientes da inovação como um meio para o desenvolvimento da empresa, para obter uma melhor competição e posição no mercado e para crescer em volume de negócios e lucro (BARRAS, 1990; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; VARGAS, 2006). A forma de organização e os relacionamentos entre os atores são, muitas vezes, decisões determinadas pela situação atual (endógena) influenciada pelos recursos organizacionais, políticos e de mercado (BARRAS, 1990, 2003). Obstante a isso, o sistema de inovação de serviços de saúde mantém alguns dos seus próprios elementos:

- a) o encontro do cliente como coprodutor da inovação e muitas pequenas mudanças, por vezes não reproduzidas;
- b) o contato pessoa-a-pessoa (não tecnológico) continuará a ser uma característica fundamental para os serviços de saúde;
- c) a visão dos serviços de saúde em fomentar Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), o empreendedorismo mais corporativo, a orientação estratégica e as trajetórias de serviço profissional são impulsionadoras de inovação em todo o segmento.

A literatura em saúde tem sido explorada com grande ênfase em alguns aspectos: o avanço da produtividade e eficiência, a redução dos custos, a melhoria da qualidade e da capacidade de resposta, a redução da variação na prática assistencial e o aumento ao acesso aos serviços de saúde (BARRAS, 1990; STARFIELD, 1992; BODSTAIN, 2002; PAIM et al., 2011). No entanto, Hauknes (1998), Sundbo e Gallouj (1998), Alam (2006) e Sorensen e Jensen (2012) salientam existir uma lacuna na investigação sobre o tema inovação em serviço que precisa explicar melhor como os processos podem facilitar e suportar a inovação e a participação das pessoas como geradoras de ideias, conhecimentos e práticas derivadas. Segundo os autores, as características dos diferentes processos de inovação em serviços são baseadas nas condições organizacionais capazes de facilitar o processo inovativo.

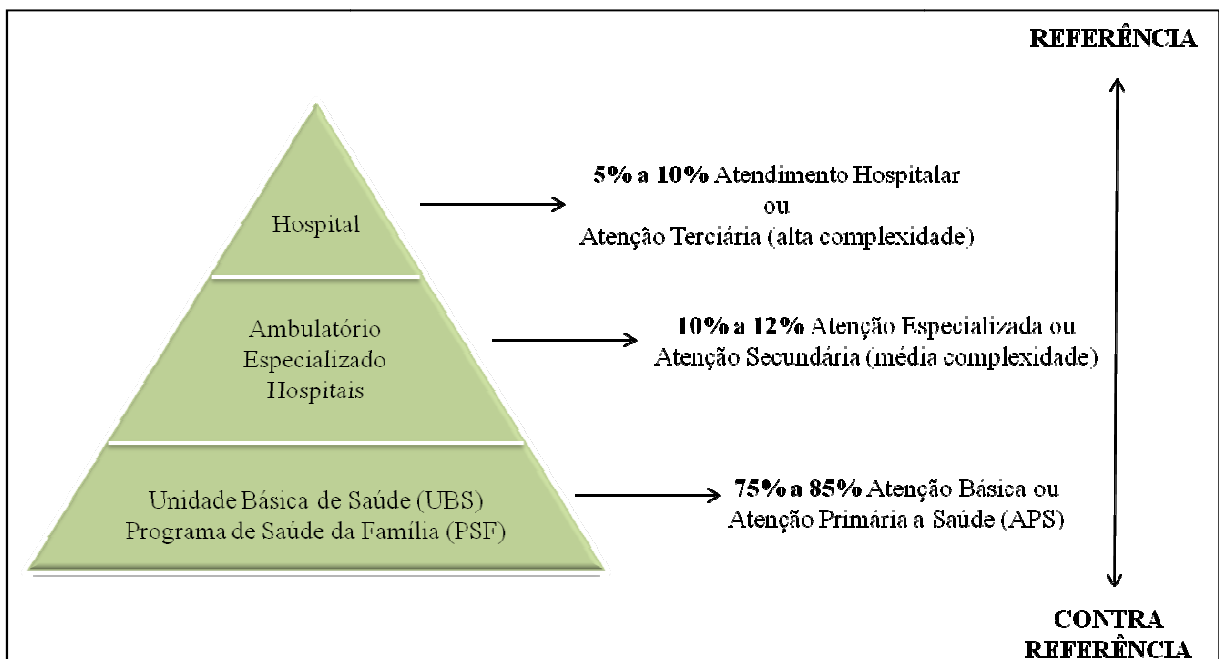
Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um Projeto (clínico) coletivo (CONTANDRIOPOULOS, 2001). No Brasil, a atenção à saúde ainda está organizada em três níveis hierárquicos: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária: a) a APS compreende o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da coletividade com o sistema de saúde;

b) a atenção secundária compreende o cuidado provido por médicos especialistas, normalmente em um hospital, mas sem inviabilizar o provimento de alguns serviços especializados na comunidade;

c) a atenção terciária compreende os serviços médicos e laboratoriais de alta complexidade tecnológica e de custo geralmente alto.

Ao se detalharem os níveis de atendimento, conforme a Figura 1 consegue-se visualizar a organização da saúde no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), referente aos percentuais destinados a cada nível de assistência (QUALISUS, 2007) e sobre a organização em níveis de atenção, conforme (MENDES, 2007).

Figura 1 – Distribuição em níveis de atenção do Sistema de Saúde do Brasil



Fonte: elaboração própria (2015) com base em QualiSUS (2007) e Mendes (2007).

A Declaração de Alma-Ata, datada de 1978 e aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1979, aponta a APS como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos de acordo com o lema “Saúde para todos no ano

2000” (MENDES, 1995, 2002; ALEIXO, 2000; MATTA, 2005). A APS é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual se disponibilizam ações de saúde de caráter individual e coletivo em um processo de trabalho com equipes multiprofissionais que atuam em uma perspectiva de abordagem integral do processo saúde/doença (LAVRAS, 2011).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (CONASS, 2008; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011).

A APS pode chegar até 85% de resolutividade do atendimento em saúde e deve ser provida o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se no primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (FACCHINI, 1986; QUALISUS, 2007; MENDES, 2007; FACCHINI, 2008). Nesse sentido, Starfield (1992) afirmou só haver atenção primária à saúde de qualidade quando os seis princípios forem obedecidos e respeitados: 1 - o primeiro contato é o acesso ao uso dos serviços; 2 - a longitudinalidade: o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde; 3 - a integralidade: o conjunto de serviços que atendam os problemas mais comuns da população adscrita; 4 - a coordenação: corresponde à capacidade de garantir a continuidade da atenção; 5 - a focalização na família: considera a família como sujeita à atenção e ao conhecimento integral dos seus problemas de saúde; 6 - a orientação comunitária: consiste no reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto social, econômico e cultural.

Portanto, a APS representa uma das mais relevantes intervenções do SUS em contextos de grande diversidade social, econômica e demográfica, mediada por injunções técnicas, éticas e políticas que viabilizam o sucesso organizacional e, em consequência, a efetividade da intervenção (PROESF, 2006; BRASIL, 2011). Diversos estudos nacionais demonstraram os benefícios de serviços de saúde orientados pelos atributos da APS, em termos de diminuição do número de internações e da utilização de serviços de emergência, aumento de ações preventivas e cuidados domiciliares, entre outros (FACCHINI, 2006; COSTA, 2008; PAIM, 2011; BOING, 2012).

A integralidade em saúde fundamenta-se, assim, em três linguagens: 1 - a estrutural (modificação das fronteiras das organizações); 2 - a clínica (modificações nas práticas

profissionais) e 3 - a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações). Em qualquer linguagem na qual a integração se expresse, no entanto, a incerteza é permanente – uma vez que as organizações envolvidas não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajar em um Projeto clínico nessa nova (e mais exigente) modalidade de cooperação (SALHANI, 1994; FLEURY; DENIS, 2000).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é financiado pelas três esferas de governo, em conformidade à Constituição Federal de 1988, onde estão estabelecidas as fontes de receita para custeio das despesas. Em relação ao financiamento, o Sistema Público de Saúde no Brasil tem operado com um significativo subfinanciamento, porém, o incremento de recursos financeiros, isoladamente, não contribui para a resolução da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. É preciso, sobretudo, mais saúde para cada unidade de dinheiro investida. O incremento dos recursos financeiros para o SUS deve vir junto com mudanças que permitam alinhar os incentivos econômicos com os objetivos sanitários. (MENDES, 2011).

O orçamento em saúde aprovado pelo Governo Federal tem crescido anualmente. Em 2014 foram destinados 100,3 bilhões e, em 2015, 109,2 bilhões, com 8,8% de acréscimo em relação ao ano anterior (PORTAL BRASIL, 2015). De acordo com o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o município de Pelotas teve mais de 150 milhões de reais em transferência de recursos das três esferas do governo em 2014. Da receita orçada para 2015, cerca de 20 milhões foram destinados à atenção básica, conforme demonstra o Quadro 1.

Quadro 1– Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde

<b>Transferências de Recursos do SUS</b>	<b>Previsão Atualizada 2014</b>	<b>Receita Realizada Até 6º Bim/2014</b>	<b>Receita Orçada 2015</b>
União (XII)	135.033.331,12	107.762.572,51	157.567.214,00
Atenção Básica	18.989.840,67	16.752.490,40	20.248.409,00
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	101.275.327,00	82.473.631,80	121.145.755,00
Vigilância em Saúde	3.009.912,35	2.068.995,25	1.566.603,00
Assistência Farmacêutica	1.760.423,00	1.760.423,16	1.760.423,00
Gestão do SUS	3.142.000,00	356.231,90	3.150.000,00
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	6.855.828,10	4.350.800,00	9.696.024,00
Convênios	0,00	0,00	0,00
Outras Transferências da União	0,00	0,00	0,00
Estado(XIII)	46.816.034,44	38.326.573,48	45.454.996,00
Receita de Prest. Serv. ao Estado	0,00	0,00	0,00
Convênios	0,00	0,00	0,00
Outras Transferências do Estado	46.816.034,44	38.326.573,48	45.454.996,00
Municípios (XIV)	0,00	0,00	0,00
Continua			

Continuação			
Receita de Prest.Serv. a Municípios	0,00	0,00	0,00
Convênios	0,00	0,00	0,00
Transferências de Outros Municípios	0,00	0,00	0,00
Rec.Prest.Serv. a Consórcios de Saúde	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS (XV)	3.426.536,57	4.847.249,50	4.340.000,00
Remuneração de Depósitos Bancários	150.851,14	2.022.192,95	0,00
Rec. Prest.Serv. Instituições Privadas	0,00	0,00	0,00
Receita de Outros Serviços de Saúde	3.275.685,43	2.825.056,55	4.340.000,00
Total (XVI = XII + XIII + XIV + XV)	185.275.902,13	150.936.395,49	207.362.210,00

Fonte: SIOPS (2015).

Segundo o Plano Municipal de Saúde de 2014, Pelotas é o município mais populoso da Zona Sul e a terceira cidade mais populosa do Rio Grande do Sul. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014 eram 346.452 habitantes, portanto, mais de 30% de toda a Região Sul. Por sua formação cultural, com cerca de 30 etnias, a população caracteriza-se pela forte presença de portugueses, espanhóis e africanos (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). O município encontra-se no modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde o ano 2000, atendendo a 22 municípios da região componentes da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Além disso, em algumas ações como, por exemplo, saúde do trabalhador, presta assistência, também, aos oito municípios da 7ª CRS.

Compreendendo a importância do município para a assistência à saúde, tanto local quanto na região, e a inovação como agente de mudanças na forma como ele é prestado, principalmente em APS, justifica-se a análise nesse contexto de atuação, quando existe uma complexidade da definição dos serviços, principalmente no referente às relações e aos processos que podem ser realizados para fomentar a inovação em APS. Com base na importância da APS para a saúde, conseqüentemente, as inovações em serviços estão relacionadas às características de sua produção.

Estudar as inovações em serviço nas dimensões: produto, processo, *marketing* e organizacional (MANUAL DE OSLO, 2005) corroboram o entendimento das dinâmicas de inovação e as interlocuções entre os atores em APS. Contudo, não basta analisar a inovação dissociada da assistência prestada, pois entende-se existir forte ligação entre elas, uma vez que a inovação pode levar a uma reorganização do trabalho e da assistência no sentido de introduzir algo novo ou significativamente melhorado no âmbito de trabalho.

A discussão até aqui realizada pautou-se na importância de associar a inovação e a orientação em APS na perspectiva da qualidade assistencial praticada e aprofundar o

entendimento da relação entre as forças internas e externas na inovação em serviço na APS. Neste contexto a organização do Sistema de Saúde Brasileiro é singular, ou seja, alinhada hierarquicamente em formatos similares em todo o território brasileiro, como uma rede de atenção integrada proposta pelo MS (BRASIL, 1990). Assim, a relevância deste estudo está em compreender a relação entre forças internas e externas para inovar em serviço de APS. Também pretende avaliar a associação entre inovação e orientação em APS. E o ineditismo consiste em criar uma representação deste processo.

Dessa forma, podem-se alavancar as discussões do processo de inovação em Serviços Públicos de Saúde no Brasil e servir de base para a análise do Sistema Municipal de Saúde de Pelotas. Os resultados poderão ser utilizados para comparações com outros estudos a nível nacional sobre o tema (PROESF, 2006; NODARI, 2013), em virtude da similaridade na organização da APS em todo o território brasileiro, resguardadas as especificidades de cada região.

Para a Organização Pan-americana de Saúde (OPS, 2011), pesquisas no âmbito da saúde devem acompanhar, desde o início, o processo inteiro de reorganização e reorientação do setor para o desenvolvimento do sistema de saúde local. Estudos sobre a sua operacionalidade, que irão desenvolver novos modelos operacionais de seus componentes críticos, devem ser promovidos para proporcionar alguma melhoria de saúde da população (OPS, 1992). Na próxima seção apresentam-se a delimitação do tema e as questões de pesquisa.

## 1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA E QUESTÕES DE PESQUISA

Inovações em serviços de saúde têm, como premissa, proporcionar a melhoria da produtividade e da eficiência, o aumento da qualidade e da capacidade de resposta, a redução das variabilidades na prática assistencial e a ampliação ao acesso aos serviços de saúde (STARFIELD, 2001; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; GREENHALGH et al., 2005). Os estudos sobre inovação em serviços quase sempre primaram por uma perspectiva mais tecnológica no desenvolvimento, na comercialização, nos processos e nas competências específicas envolvendo a manufatura de produtos, conforme apontam Windrum e García-Goñi (2008). Entretanto, a literatura sobre o desenvolvimento e a articulação entre a dicotomia produto/processo, envolvendo a inovação em serviços, carece de maior aprofundamento (SUNDBO, 1997; VARGAS, 2007; RUBALCABA, 2012; SORENSEN, 2012).

Consoantes a isso, várias são as definições propostas pelos autores, a saber, Barras (1990), Gallouj (1994, 1998), Hauknes (1998), Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), Drejer (2004), Windrum e Garcia-Goñi (2008) e Sorensen, Sundbo e Mattsson (2013), que exploraram o tema inovação em serviço. Embora o enfoque dado a cada estudo apresente, por vezes, diferenças significativas, algumas características diferenciadoras dos serviços de produtos são comuns, como intangibilidade, simultaneidade entre produção e consumo, perecibilidade, participação do consumidor no processo de produção e impossibilidade de conservação do serviço após ele haver sido produzido, podendo o consumidor manter unicamente os efeitos do serviço após o ato do consumo (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000).

A evolução da análise da inovação no setor de serviços de saúde, conforme aborda Windrum e García-Goñi (2008), é respaldado pela abordagem baseada em características do serviço que inclui: os decisores políticos como agentes que interagem na estrutura, dotados de capacidades e preferências; os usuários que respondem a uma determinada demanda por serviços de saúde; e, por fim, os prestadores do serviço que determinam, fortemente, um conjunto final das características do serviço ofertado.

Autores como Rogers (1995), Sundbo e Hagedorn-Rasmussen (2008) evidenciam que a decisão por um indivíduo, dentro de uma organização, a adotar uma inovação em particular raramente independe da decisão do outro. Pode ser contingente (dependente de uma decisão tomada por alguma outra pessoa na organização), coletiva (o indivíduo tem um “voto”, mas em última análise deve concordar com a decisão de um grupo) ou de autoridade (é dito ao indivíduo ou não, a adotá-la). A adoção é um processo e não um evento, com diferentes preocupações, sendo dominante em diferentes fases. O processo de adoção por indivíduos é apresentado tradicionalmente como a consciência da utilização, decisão de adotar a inovação, a implementação e a confirmação da sua importância (ROGERS, 1995; SUNDBO; HAGEDORN-RASMUSSEN, 2008).

Acordante a isso, Sundbo (1996; 1997) considera a inovação em serviços como um processo coletivo, portanto, uma combinação do gerenciamento estratégico e do comprometimento dos colaboradores com a empresa. Do ponto de vista organizacional, uma empresa de serviços inovadora pode ser caracterizada como tendo uma estrutura dual, ou seja, um sistema social informal que produz ideias e um sistema de gerenciamento que inspira os colaboradores e assegura que as ideias sejam implantadas (VARGAS, 2002).

Greenhalgh et al. (2005) reiteram existirem evidências de uma organização irá assimilar e gerar inovações em serviços com maior facilidade no momento em que possuir



uma estrutura adequada para isso, normalmente grande, madura, funcionalmente diferenciada, especializada, com foco no profissional, com recursos para canalizar ideias em novos projetos, com estrutura de tomada de decisão descentralizada e uma comunicação bem estruturada.

Esta Tese procura alinhar inovação em serviços e APS. Para isto, pautou-se no projeto *Services in European Innovation Systems (SI4S)*, *Stiftelsen Studies in Technology, innovation and Economic Policy (STEP Group)* – Oslo, Noruega – sob a coordenação do pesquisador Johan Hauknes e desenvolvido pela comunidade Europeia, envolvendo os seguintes países: Dinamarca, França, Alemanha, Holanda, Noruega, Suécia e Grã-Bretanha (SUNDBO, 1998a). O SI4S buscou, através de uma série de pacotes de trabalho, examinar o papel dos serviços e como usuários, criadores, moduladores e agentes de transferência de inovações atuavam. O programa foi organizado em torno de inovação em serviços e serviços em inovação. Estes dois aspectos foram considerados, pois englobam as atividades dos serviços para a dinâmica da inovação (GALLOUJ, 1998).

O relatório síntese do SI4S, escrito por Sundbo e Gallouj (1998), descreve os principais resultados e análises do estudo. Uma das contribuições foi caracterizar os processos de inovação nos setores de serviços, bem como mapear o nível e a organização das atividades inovadoras nas funções de serviços selecionados, dando ampla base para o desenvolvimento de um modelo de forças internas e forças externas que dirigem o processo de inovação em serviços.

Conforme o modelo, as forças externas estão relacionadas com as trajetórias institucionais, tecnológicas, gerenciais, sociais e profissionais que influenciam determinados serviços, além das relações específicas estabelecidas entre competidores e fornecedores com o setor público e, especialmente, com clientes. Essas trajetórias diferentes não são independentes umas das outras, elas podem, em muitas situações, serem entrelaçadas.

O desafio, portanto, para construir processos sistemáticos de inovação em serviços é a sua natureza multidisciplinar e a interação entre os atores. É necessário integrar não só as inovações advindas pelo uso da tecnologia, mas também as organizacionais, processuais, das mudanças existentes no ambiente social e das novas demandas dos clientes. Comparado à manufatura, por exemplo, a inovação em serviço é caracterizada por ter maior ênfase nas dimensões organizacionais (conceito de novos serviços, nova interface com o cliente e novos serviços no sistema de entrega) do que relativo às opções tecnológicas (WEINSTEIN, 1997; SUNDBO; GALLOUJ, 1998a; 1998b; MILES, 2000; HERTOOG, 2000; HIPP et al., 2000; GALLOUJ, 2002; ARK; BROERSMA; HERTOOG, 2003; GALLOUJ; TETHER, 2004).

As forças internas, por sua vez, são estabelecidas pela existência, ou não, de estruturas formais dedicadas à inovação, pelo envolvimento dos trabalhadores no processo de mudança e pela integração do processo de inovação ao planejamento estratégico da organização. As diferentes combinações formadas por estas forças, em cada situação específica, poderão determinar um padrão de inovação. Nesse sentido, a inovação em serviços pode, enfim, ser tomada como processo de decisão endógena das organizações que compõem o setor e que refletem os matizes e os componentes específicos decorrentes da própria natureza dos serviços (SUNDBO; GALLOUJ, 1998).

O que Gallouj (1997, pg. 47) ressalta é a importância das inovações institucionais ou organizacionais, definidas como “mudanças nas regras que governam os modos de interação entre os indivíduos em uma firma ou organização”. Tais inovações institucionais dariam origem a trajetórias institucionais ou organizacionais que, embora não estejam diretamente associadas com qualquer inovação tecnológica, guardam relação com o paradigma tecnoeconômico vigente, ou seja, novas configurações da estrutura organizacional, novos padrões de habilidades e políticas gerenciais e novas formas de relações industriais.

Segundo Hauknes (1998), um dos principais obstáculos para a inovação em serviços é a falta de capacidade de gestão suficiente para induzir e realizar os processos de inovação nos serviços das empresas, com um sistema de aprendizagem através do qual a experiência de empresas individuais poderia ser transmitida a outras empresas, com a finalidade de compartilhar o que já foi experimentado e aprendido.

Partindo desta afirmação, pode-se compreender o fato de as pessoas não serem receptoras passivas de inovações. Diferentes indivíduos, em níveis distintos na organização, buscam inovações de algum modo e a experiência acumulada os ajuda a avaliar os próprios significados, desenvolvendo-os em formas práticas na prestação do serviço, buscando modos diferentes de fazer as coisas e interagindo sistematicamente umas com as outras a fim de buscar soluções inovadoras para problemas rotineiros (WEINSTEIN, 1997; HAUKNES, 1998; SUNDBO; GALLOUJ, 1998a, 1998b; BILDERBEEK et al., 1998; GALLOUJ; GALLOUJ, 2002).

Schumpeter (1982) afirmou que a inovação fomenta o desenvolvimento econômico, sendo o ponto essencial a personalização, que aparece como um processo de coprodução interativa e, portanto, com fortes elementos de aprendizagem entre o fornecedor e o cliente. Do ponto de vista do fornecedor, a interface com o processamento do cliente é uma fonte de formação de capacidades. A inovação é, nesse sentido, um processo de generalização das

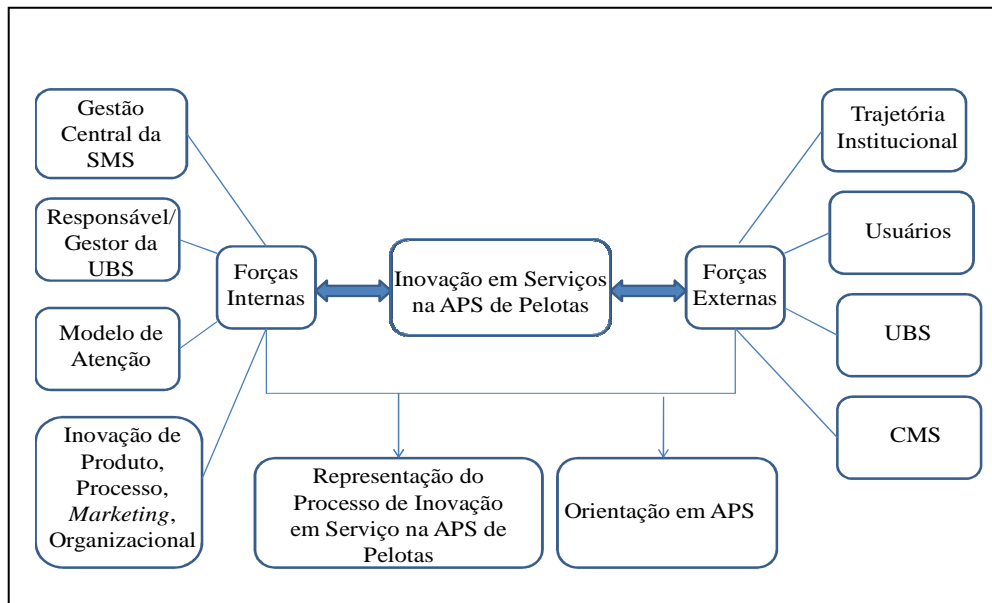
capacidades obtidas em relações específicas do cliente e, nesses casos, elas podem indicar o modo de inovação, os aspectos comportamentais da personalização do processo.

Há um espaço para os clientes no processo de serviço, a fronteira entre a atividade do produtor e a do cliente é flexível. Esta flexibilidade oferece a oportunidade para novos arranjos organizacionais (VANDERMERWE, 1993). Em vários casos, essas realocações implicam redefinir a relação e os papéis desempenhados pelos diversos atores e muitas vezes envolvem uma sistemática pesquisa da situação dos clientes no processo de produção de serviço, requerendo mudanças nos conceitos fundamentais e nas ligações entre eles. Tal inovação é baseada na observação dos clientes, uma vez que eles possam executar certas atividades no processo de entrega no serviço que tem sido tradicionalmente feito pelos funcionários (VAN DER AA; ELFRING, 1993). Esses clientes podem ser vistos como empregados parciais “e a capacidade de motivá-los é crucial para o bom funcionamento do processo de entrega” (SCHNEIDER; BOWEN, 1995).

Em serviços de saúde, o cliente influencia o processo à medida que sua vontade, preferências e necessidade de cuidado são consideradas a todo o momento quando o serviço lhe é oferecido, muitas vezes, demandando outros aportes tecnológicos e de conhecimentos antes não necessários. Greenhalgh et al. (2005) definem a inovação na prestação de serviços de saúde como um novo conjunto de comportamentos, rotinas e formas de trabalho direcionados a melhorar os resultados de saúde, eficiência administrativa, relação custo-eficácia ou a experiência dos usuários que são implementadas por ações planejadas e coordenadas.

As interações entre as unidades e os atores para promover a inovação em serviços podem ser institucionalizadas ou adocráticas. Um sistema de inovação institucionalizado existe quando a coerência entre as ações praticadas e vivenciadas é repetida inúmeras vezes, existindo somente um padrão considerado forte. Porém, se há vários padrões, não sendo previsíveis quais deles irão aparecer, em quais situações e se a coerência nesses padrões é fraca, ele é um sistema adocrático (SUNDBO; GALLOUJ, 1998a; SUNDBO; GALLOUJ, 1998b). Com base no exposto, evidenciou-se a oportunidade de explorar o modelo do Projeto SI4S no âmbito da saúde (opção teórica) e adaptá-lo para o contexto de atuação em APS (delimitação escolhida), conforme se demonstra com a Figura 2.

Figura 2 – Figura Conceito da Tese



Fonte: elaboração própria (2015).

Esta representação foi construída a partir de uma extensa revisão de literatura sobre APS, assim delimitou-se o contexto e observou-se cada variável descrita no Quadro 5, p. 84.

A partir do recorte escolhido, formularam-se as questões norteadoras do estudo, que buscam responder às indagações a seguir:

- a) como a estrutura organizacional da APS de Pelotas se caracteriza?
- b) quais inovações em serviço nas dimensões produto, processo, *marketing* e organizacional são geradas/produzidas nas UBS na APS de Pelotas?
- c) Como acontecem as relações e entre as forças internas e externas para a inovação em APS de Pelotas, e se podem ser classificadas em institucionalizadas ou adocráticas?
- d) as inovações em produto, processo, *marketing* e organizacional da APS de Pelotas e a orientação em APS estão positivamente relacionadas?
- e) o contexto da inovação em serviços da APS de Pelotas pode levar à elaboração de uma representação organizacional deste processo?

A partir das questões de pesquisa, descrevem-se os objetivos desta Tese na seção 1.3.

### 1.3 OBJETIVOS

Como meio investigativo para resolver as questões de pesquisa, estão apresentados a seguir o objetivo geral e os objetivos específicos propostos nesse estudo.

#### 1.3.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre as forças internas e externas da inovação em serviço na Atenção Primária à Saúde.

#### 1.3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos pretendem ampliar o escopo de análise do objetivo geral proposto nessa Tese de Doutorado, tendo a finalidade de:

- a) caracterizar a estrutura organizacional da APS de Pelotas/RS;
- b) identificar as inovações em serviço nas dimensões produto, processo, *marketing* e organizacional no contexto da APS;
- c) Demonstrar as relações entre as forças internas e externas para a inovação na APS de Pelotas, e identificar se existe um sistema institucionalizado ou adocrático para gerar a inovação em APS, através do mapeamento das relações estabelecidas entre as forças internas e externas;
- d) analisar se as inovações em produto, processo, *marketing* e organizacional da APS de Pelotas e a orientação em APS estão positivamente relacionadas;
- e) representar o processo de inovação em serviço da APS de Pelotas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção apresenta o embasamento teórico necessário para o entendimento do recorte proposto nessa Tese. Inicia-se pelas estratégias de busca bibliográfica; discorre-se sobre a inovação com marcos conceituais na visão de Schumpeter (1934, 1942, 1982), e autores de base (MANUAL DO OSLO, 2005); discorre-se sobre a inovação em serviços com a evolução histórica; as principais abordagens teóricas e, a perspectiva de processos; forças que dirigem o processo de inovação em serviços. A seção amplia o entendimento sobre a APS e a qualidade da assistência na perspectiva de Donabedian (1992). Após isso, conclui-se o capítulo.

### 2.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA

Para responder às questões de pesquisa e aos objetivos desta Tese, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, iniciando com a seleção da área investigada pela Comissão Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) sob a responsabilidade do IBGE, o qual utiliza a metodologia de classificação do setor de serviços, definida pela *Standard Industrial Classification* sob a responsabilidade da Organização das Nações Unidas (ONU). Buscaram-se no (CNAE 2.0, 2010), os seguintes termos: Saúde Pública (código 8630-5) e Pesquisa e Desenvolvimento em Ciências Sociais e Humanas (código 7220-7).

Partindo da seleção da área investigada, utilizaram-se os Meta Buscadores *SCOPUS* e *ISI WEB OF KNOWLEDGE* na área de *Social Sciences & Humanities* para identificar os estudos relacionados ao tema abordado, nos *articles*, *abstracts* e *review*, organizados por ordem de citação. A escolha dos principais periódicos utilizados foi baseada na sua relevância acadêmica, dada por seu fator de impacto pelo *Journal Citation Reports* (JCR) à área de interesse desta pesquisa, nas principais bases de dados de artigos.

Os principais periódicos internacionais selecionados e seus respectivos fatores de impacto foram: *Academy of Management Review* (7,89), *Research Policy* (2,85), *Journal of Marketing Research* (2,25), *Journal of Product Innovation Management* (1,57), *Management Science* (1,86), *International Small Business Journal* (1,47), *Journal of Service Management* (1,86), *Harvard Business Review* (1,52), *American Journal of Public Health* (3,93), *Health Care Management Review* (1,88), *Journal of Healthcare Management* (1,03), *Journal of Public Health Policy* (1,48) e *Science and Public Policy* (0,98). Também se pesquisou em:

Cadernos de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva, Epidemiologia & Saúde; *The Lancet*, Revista de Saúde Pública e, em outros periódicos associados ao tema estudado.

As palavras-chave foram escolhidas por estarem ligadas aos dois eixos temáticos deste trabalho: inovação em serviço e APS. Dessa forma, cruzaram-se os temas de modo a abranger o máximo possível de estudos e as prováveis combinações entre eles. Também se verificou que as palavras-chave estavam contidas na lista de Descritores de Ciências da Saúde (DeCS). A Base *ISI WEB OF KNOWLEDGE* foi utilizada para complementar a revisão realizada no *SCOPUS*. A pesquisa resultou em:

- a) *innovation in service and primary health care*, pesquisa avançada e área selecionada *Social Ciences & Humanities*, originando 301 documentos organizados por ordem de citação;
- b) *innovation in service and primary care*, pesquisa avançada, área selecionada *Social Ciences & Humanities*, o qual resultou em 316 documentos organizados por ordem de citação;
- c) *innovation in service and process and primary health care*, pesquisa avançada, área selecionada *Social Ciences & Humanities*, produzindo 63 documentos organizados por ordem de citação;
- d) *innovation in service and process and health*, pesquisa avançada, área selecionada *Social Ciences & Humanities*, resultando em 734 documentos organizados por ordem de citação.

Na elaboração da Tese, utilizou-se 155 documentos científicos e 27 portarias governamentais que compuseram a base teórica do estudo. A síntese da revisão bibliográfica em ordem cronológica com os autores referidos ao longo do trabalho, encontra-se no Apêndice 3, p. 264. A seção 2.2 traz o referencial teórico utilizado na Tese.

## 2.2 INOVAÇÃO

Joseph A. Schumpeter nasceu em 1883 na Áustria. Entre suas principais obras está *The Theory of Economic Development*, publicada em 1912, mostrando o pensamento do autor ter sido influenciado por Marx e pelas descobertas que marcaram época na história econômica. De Marx, Schumpeter parece ter herdado a visão dinâmica do processo de desenvolvimento que caracteriza o processo de produção “como uma combinação de forças produtivas que incluem coisas em parte materiais e em parte imateriais” (MORICCHI; GONÇALVES, 1994, p. 135).

Schumpeter (1942) teve grande influência sobre a teoria da inovação, pois introduziu a visão na qual inovar significa pensar e fazer as coisas de maneira diferente, podendo assumir alguns pressupostos, como a introdução de um novo bem, de um novo método de produção (método ainda não experimentado dentro de certo ramo produtivo); abertura de um novo mercado; novas fontes de matéria prima e reorganização da empresa. Essa estruturação do sistema econômico e de inovação proposto por Schumpeter (1934, 1942, 1982), remete à produção de bens mais voltados à manufatura. Sendo assim, tornou-se um marco teórico conceitual para o desenvolvimento dos estudos referente à inovação e a inovação em serviços. Discorre-se a seguir as abordagens, sob a perspectiva de inovação de diversos autores.

Os autores Nelson e Winter (1982) propuseram uma teoria evolucionária da mudança econômica, considerando-a equivalente ao gene na vida social. Assim como o conceito do gene na biologia, o conceito da rotina seria a chave para a compreensão de como a economia mudou do ponto de vista evolutivo. Esta abordagem é centrada nas inovações como princípio dinâmico essencial e remete aos pressupostos de Schumpeter – é chamada de “evolucionária neo-schumpeteriana” porque entende a inovação como um processo dependente da trajetória por meio do qual o conhecimento e a tecnologia são desenvolvidos a partir da interação entre os diversos fatores: como os atores envolvidos e as condições organizacionais e de mercado, amparado por oportunidades, estratégias e competências para viabilizá-las. Assim, a organização da estrutura dessas interações afeta a rotina organizacional e a trajetória futura da mudança econômica.

A contribuição de Pavitt (1984) analisou as grandes empresas em setores intensivos em escala, como a metal-mecânica, estrutura fabril, veículos e outras, que fazem uma contribuição significativa do uso da tecnologia para o seu processo produtivo. Por exemplo: em empresas têxteis, a maioria das inovações de processo vinha dos fornecedores. Estas características e variações foram classificadas em três taxonomias: 1 - dominado pelo



fornecedor; 2 - produção intensiva; 3 - com base científica. Elas podem ser explicadas por fontes de tecnologia, requisitos de usuários e possibilidades de apropriação. Essa explicação tem origens e direções na mudança técnica, o que implicou em comportamento diferenciado, diversificação das empresas e na sua adaptação. A dinâmica da relação entre a tecnologia e a estrutura industrial na formação de competências tecnológicas pode levar a vantagens ao nível da empresa, da região e do país (PAVITT, 1984).

Na abordagem evolucionária da inovação, Lundvall (1992) traz a abordagem dos Sistemas de Inovação (SI) e enfatiza a interdependência e a não-linearidade entre as organizações – a inovação é vista como um processo dinâmico em que o conhecimento é acumulado por meio do aprendizado e da interação. Baseando-se na premissa de que as empresas normalmente não inovam isoladamente, mas interagem em estreita colaboração com outras organizações, por meio de relações complexas que muitas vezes caracterizam-se por mecanismos de reciprocidade e de *feedback*, como leis, regras, regulamentos, normas e hábitos culturais, Lundvall (1992) e Nelson(1993) enfatizam a diversidade desses arranjos organizacionais, que podem ser percebidos a partir das características das empresas inovadoras de cada país.

A abordagem evolucionista percebe a inovação como um processo dependente da trajetória por meio do qual o conhecimento e a tecnologia são desenvolvidos a partir da interação entre vários atores e fatores. A estrutura dessa interação afeta a trajetória futura da mudança econômica. Dessa forma, a demanda de mercado e as oportunidades de comercialização influenciam em quais produtos/serviços devem ser desenvolvidos e quais são as tecnologias bem-sucedidas. Esses estudos também seguiram como ponto de partida a visão schumpeteriana da inovação (NELSON; WINTER, 1982; SUNDBO; GALLOUJ, 1998a, 1998b; DOSI, 1992; VAN DER AA; ELFRING, 1993; GADREY et al, 1993; SUNDBO, 1994).

As relações que tais instituições estabelecem e articulam com o governo local, com as instituições de pesquisa, com a importância dedicada à ciência básica, com o papel desempenhado pelo governo central nessa articulação, com a dinâmica das pequenas empresas inovadoras, com os diferentes arranjos financeiros e com a cultura local ditarão o nível de inovação de cada país. Na manufatura, por exemplo, têm-se os fatores originais da produção, no nível material, isto é, a terra e o trabalho de onde procedem todos os bens. As forças imateriais seriam os “fatos técnicos” e os “fatos de organização social” ou o meio ambiente sociocultural (MORICOCCHI; GONÇALVES, 1994).

Em relação ao desenvolvimento de novos produtos (DNP), Drew (1995) argumenta que a investigação e a inovação em serviços financeiros ficaram para trás quando comparada com estudos semelhantes em manufatura e enfatiza poderem a identificação de tipos de inovação e a relação entre a gestão da inovação e as práticas de desempenho potencializar o desempenho das empresas e cativar os clientes.

No contexto da difusão da inovação, segundo Rogers (1995) existe um processo pelo qual ela é comunicada através de canais ao longo do tempo entre os membros de um sistema social. Esse processo se organiza em cinco passos:

- a) conhecimento: a pessoa se torna consciente de uma inovação e tem alguma ideia de como esta funciona;
- b) persuasão: a pessoa forma uma atitude favorável ou desfavorável à inovação;
- c) decisão: a pessoa se engaja em atividades que levam a uma escolha para aprovar ou rejeitar a inovação;
- d) implementação: a pessoa coloca uma inovação em uso;
- e) confirmação: a pessoa avalia os resultados de uma decisão/inovação já feita.

A característica mais marcante da teoria da difusão é, para a maioria dos membros de um sistema social, a decisão sobre a inovação depende muito das decisões dos outros membros do sistema. Essa resolução é realizada através de uma análise de custo/benefício em que o maior obstáculo é a incerteza. Pois as pessoas irão adotar uma inovação se elas acreditam que esta vai aumentar a sua utilidade, considerando todas as coisas. Nesse sentido, para inovar é necessário uma série de decisões de cada indivíduo, mediadas por características pessoais e essa diversidade é o que faz a difusão possível (ROGERS, 1995).

Os trabalhos de Tirole (1983, 1995) enfatizam a importância do posicionamento competitivo para as empresas que inovam ao defender sua atual posição competitiva, assim como para buscar novas vantagens em seu mercado. Uma empresa pode ter um comportamento reativo e inovar para evitar perder mercado para um competidor inovador ou pode ter um comportamento proativo para ganhar posições de mercado estratégicas frente a seus competidores. Por exemplo, desenvolvendo e tentando impor padrões tecnológicos mais altos para os produtos que ela fabrica. Nesse sentido, a decisão de inovar geralmente ocorre sob uma grande incerteza (ROSENBERG, 1994; ROSENBERG, 1995).

Para Schumpeter (1997), inovação significa fazer as coisas diferentemente no reino da vida econômica. As inovações, segundo a sua visão, podem assumir alguns pressupostos:

- a) introdução de um novo bem não familiar aos consumidores ou então, de nova qualidade de um certo bem;

- b) introdução de um novo método de produção – método ainda não experimentado dentro de certo ramo produtivo, mas que não precisa obrigatoriamente derivar de qualquer descoberta científica;
- c) abertura de um novo mercado, ou seja, um mercado em que o produto de determinada indústria nunca tivera acesso antes, independente de este mercado ter ou não existido anteriormente;
- d) descoberta de uma nova fonte de matéria prima ou de produtos semiacabados também independente desta fonte ter existido ou não anteriormente;
- e) reorganização de uma indústria qualquer, como a criação ou a ruptura de uma posição de um monopólio.

A estruturação do sistema econômico e de inovação proposto por Schumpeter (1997) remete à economia de produção de bens, mais voltados à manufatura. Seguindo na linha proposta por Schumpeter em inovação, Sutton (1992; 1998) trabalhou na ideia de “*sunkcosts*” como um comprometimento irrecuperável de recursos para entrarem novos mercados ou para criar vantagens competitivas por meio do reposicionamento da produção ou de seus resultados na cadeia de valor.

Nesse sentido, Sundbo e Weinstein (1997), como resultado de seus estudos sobre as várias formas de inovação, centram-se em duas linhas de investigação. A primeira é sobre a inovação de produto e a distinção entre a inovação de processo (a qual pode ser adicionada de outras formas como, por exemplo, inovação organizacional, apoiadas em Schumpeter). A segunda, contrastante, é sobre grandes inovações (ou radical) com secundário (ou inovações incrementais). Portanto, os autores afirmam que, por mais importantes que esses aspectos possam ser, é essencial compreender mais profundamente a “caixa preta” dos processos inovadores, para entender o seu conteúdo e as forças que os impulsionam para inovar.

Na perspectiva de Sirilli e Evangelista (1998), as atividades de tecnologia e inovação representam as principais forças por trás de tais processos estruturais, como as tecnologias da informação e comunicação, revolucionando as formas da maioria dos serviços “tradicionais” que são produzidos, comercializados e entregues. As modernas tecnologias oferecem oportunidades para a geração de novos serviços em uma variedade de indústrias. A aquisição e o desenvolvimento de *softwares* e o investimento em máquinas e em P&D são os principais componentes desta despesa de inovação. Para os autores, os principais obstáculos para a introdução de inovações tecnológicas nos serviços, bem como na produção, de natureza econômica, como a falta de fontes apropriadas de financiamento e o custo da inovação muito alto (SIRILLI; EVANGELISTA, 1998). A adoção de novos produtos ou processos ou ainda a

implementação de novos métodos organizacionais e de *marketing* são também carregados de incerteza (MANUAL DE OSLO, 2005).

Lam (2005) enfatiza a importância das inovações organizacionais, as quais não são apenas um fator de apoio para as inovações de produto e processo – pois elas mesmas podem ter um impacto importante sobre o desempenho da empresa. Inovações organizacionais podem também melhorar a qualidade e a eficiência do trabalho, acentuar a troca de informações e refinar a capacidade empresarial de aprender e utilizar conhecimentos e tecnologias (LAM, 2005).

Segundo a OECD (2005), o aprendizado organizacional depende de práticas e de rotinas, de padrões de interação dentro e fora da empresa e da capacidade de mobilizar conhecimento tácito individual e promover interações. Tal aprendizado pode ser estimulado por meio de um cuidadoso arranjo de práticas, rotinas e relacionamentos ou através de uma organização mais fluida e flexível na qual os indivíduos são incentivados a desenvolver novas ideias e formas de realizar as tarefas.

Os canais e as redes de comunicação pelas quais essas informações circulam inserem-se numa base social, política e cultural que guia e restringe as atividades e capacitações inovadoras. A inovação é vista como um processo dinâmico em que o conhecimento é acumulado por meio do aprendizado e da interação. Nessa mesma linha, as Teorias da Difusão (HALL, 2005) estão centradas nos fatores que afetam as decisões das empresas sobre a adoção de novas tecnologias, no acesso delas a novos conhecimentos e na sua capacidade de absorção. Assim, as abordagens sistêmicas da inovação alteram o foco das políticas em direção a uma ênfase na interação entre instituições e observam os processos interativos na criação, difusão e aplicação de conhecimentos. Elas ressaltam a importância das condições, regulações e políticas em que os mercados operam e, assim, o papel dos governos em monitorar e buscar a harmonia fina dessa estrutura geral (MANUAL DE OSLO, 2005).

Essas teorias formam a base para a estrutura de mensuração da inovação do (MANUAL DE OSLO, 2005). Elas ressaltam, entre outras coisas, não só as forças motoras por trás da inovação e a importância dos produtos e dos processos, mas também do *marketing* e das práticas organizacionais, o papel das interações e da difusão e a visão da inovação como um sistema. Por meio da inovação, novos conhecimentos são criados e difundidos, expandindo o potencial econômico para o desenvolvimento de novos produtos e de novos métodos produtivos de operação. Esses melhoramentos dependem não apenas do conhecimento tecnológico, mas também de outras formas de conhecimento que são usadas para desenvolver inovações de produto, processo, *marketing* e organizacionais.

Para esta Tese buscou-se como base teórica, o Manual de Oslo (2005), desenvolvido conjuntamente pela *European Statistics* (Eurostat) e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o qual constitui parte de uma família de manuais, resultado das pesquisas dedicadas à medir e interpretar dados relacionados à ciência, tecnologia e inovação. A terceira edição do manual expande a estrutura de mensuração da inovação em três importantes sentidos, primeiro: há maior ênfase no papel das interações com outras empresas e instituições no processo de inovação; segundo: a importância de inovação é reconhecida em indústrias menos intensivas em planejamento e desenvolvimento (P&D), como os serviços e a indústria de transformação de baixa tecnologia e terceiro: esta edição ainda modifica alguns aspectos da estrutura (tais como definições e atividades relevantes) para melhor acomodar o setor de serviços.

A avaliação das interações foi ampliada em virtude da importância dos fluxos de conhecimento entre as empresas e outras organizações para o desenvolvimento e a difusão de inovações. Isso ajuda a entender o papel das estruturas organizacionais e das práticas que promovem o compartilhamento e o uso do conhecimento e da interação com outras empresas e instituições públicas (OECD, 2005). Segundo o Manual de Oslo (2005), as atividades de inovação de uma empresa dependem parcialmente da variedade e da estrutura de suas relações com as fontes de informação, conhecimento, tecnologias, práticas e recursos humanos e financeiros. Cada interação conecta a firma inovadora com outros atores do sistema de inovação: laboratórios governamentais, Universidades, departamentos de políticas, reguladores, competidores, fornecedores e consumidores.

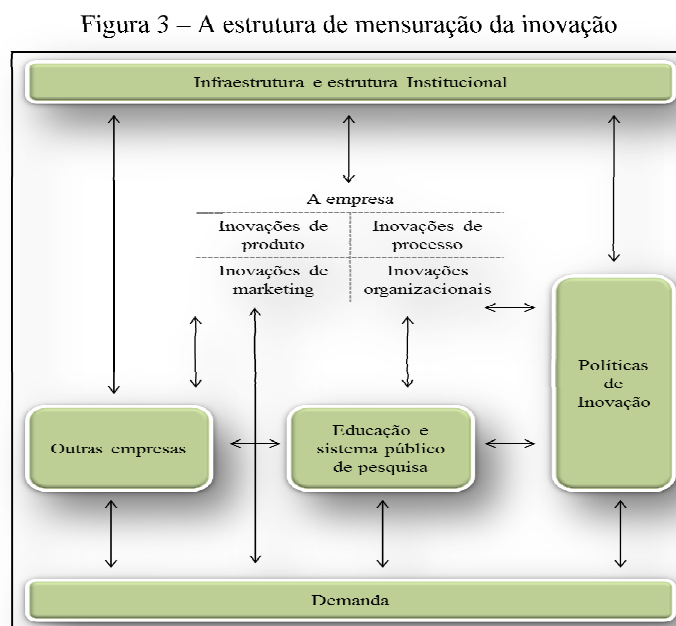
A integração organizacional pode funcionar particularmente bem em empresas caracterizadas por mudanças incrementais em conhecimentos e em tecnologias. Uma forma de organização mais livre e flexível, que permita aos trabalhadores maior autonomia para tomar decisões e definir suas responsabilidades, pode ser mais efetiva na geração de inovações mais radicais (MANUAL DE OSLO, 2005). O acesso ao conhecimento e à tecnologia pode depender em grande medida das conexões entre empresas e organizações. Esse é particularmente o caso para o conhecimento tácito residente na mente das pessoas ou para a informação encontrada nas “rotinas” das organizações. A interação direta com pessoas que possuem conhecimento tácito ou acesso a rotinas é necessária para se obterem tais tipos de conhecimento (MANUAL DE OSLO, 2005).

Seguindo o manual, inovar é implementar um produto (bem ou serviço) novo ou significativamente melhorado, ou um processo, ou um novo método de *marketing*, ou um novo método organizacional nas práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou

nas relações externas (MANUAL DE OSLO, 2005). Nesse sentido, as inovações podem ser classificadas em quatro dimensões: inovações de produto, de processo, de *marketing* e organizacional (MANUAL DE OSLO, 2005). Essa classificação foi utilizada nessa Tese e pode ser descrita da seguinte forma:

- a) inovações de produto: é a introdução de um bem ou serviço novo ou significativamente melhorado no que concerne a suas características ou usos previstos. Incluem-se melhoramentos significativos em especificações técnicas, componentes e materiais, *softwares* incorporados, facilidade de uso ou outras características funcionais;
- b) inovações de processo: é a implementação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado. Incluem-se mudanças significativas em técnicas, equipamentos e/ou *softwares*;
- c) inovações organizacionais: é a implementação de um novo método organizacional nas práticas de negócios da empresa, na organização do seu local de trabalho ou em suas relações externas;
- d) inovações de *marketing*: é a implementação de um novo método de *marketing* com mudanças significativas na concepção do produto ou em sua embalagem, no posicionamento do produto, em sua promoção ou na fixação de preços.

Na Figura 3, demonstra-se a estrutura de mensuração da inovação.



Fonte: Manual de Oslo (2005).

O aprendizado organizacional depende de práticas e de rotinas, de padrões de interação dentro e fora da empresa e da capacidade de mobilizar conhecimento tácito individual em promover interações. Tal aprendizado pode ser estimulado por meio de um cuidadoso arranjo de práticas, rotinas e relacionamentos ou através de uma organização mais fluida e flexível na qual os indivíduos são incentivados a desenvolver novas ideias e formas de realizar as tarefas (GALLOUJ, 1997; SUNDBO, GALLOUJ, 1998a, 1998b; MANUAL DE OSLO, 2005; GALLOUJ; WEINSTEIN, 2010).

Um modelo neo-schumpeteriano de inovação capaz de estudar as interações entre os prestadores de serviços, os usuários e os decisores políticos, e de saber como essas interações complexas podem determinar o tempo, a direção e o sucesso das inovações no setor público, foi apresentado empiricamente por Windrum e García-Gõni (2008). O modelo multiagente testado através de um estudo de caso traçou a introdução e o desenvolvimento de um ambulatório de cirurgia em um hospital espanhol, aplicando as ideias de Schumpeter aos serviços, com cinco tipos de inovação e reintroduzindo o decisor político como um ator-chave no processo de inovação. O modelo analisou as interações entre o desenvolvimento econômico, social e político que compõem o ambiente complexo das inovações. Ele permite captar o impacto recursivo das inovações radicais sobre as competências e preferências dos agentes envolvidos no processo inovativo. Também fornece um conjunto de definições para a inovação radical e incremental, importantes para a compreensão das fontes e dos motores da inovação (WINDRUM; GARCÍA-GÕNI, 2008).

Conforme os conceitos descritos, a inovação pode melhorar o desempenho da empresa, pois ela permite aumentar sua capacidade de inovar. Dessa forma, melhoramentos nos processos de produção podem permitir o desenvolvimento de um novo leque de produtos e novas práticas organizacionais com vistas a melhorar a capacidade empresarial de adquirir e criar novos conhecimentos a serem usados para o desenvolvimento de outras inovações. Consoante a isso, a estrutura organizacional de uma empresa pode afetar a eficiência das atividades de inovação, sendo algumas estruturas mais apropriadas a determinados ambientes. Nesse contexto, um grau maior de integração organizacional deve melhorar a coordenação, o planejamento e a implementação de estratégias de inovação (MANUAL DE OSLO, 2005; GALLOUJ; WEINSTEIN, 2010; RUBALCABA, 2012).

Com base no exposto, esta Tese se apoia na importância de analisar a relação entre as forças internas e externas na inovação em serviço na Atenção Primária à Saúde. Cabe, nesse momento, explorar a evolução dos enfoques sobre a inovação em serviços, na seção 2.3.

## 2.3 INOVAÇÃO EM SERVIÇOS

Nessa seção, se procurou delimitar o olhar sobre o objeto. Buscaram-se na literatura, diferentes abordagens para entender a natureza e o comportamento dinâmico da inovação em serviços. Inicia-se com uma evolução histórica; apresentam-se as principais abordagens teóricas; a perspectiva de processo; forças que dirigem o processo de inovação em serviços. Aprofunda-se o entendimento sobre a APS e a qualidade na perspectiva de Donabedian. Concluí-se o capítulo.

### 2.3.1 Evolução histórica das teorias da inovação em serviço

Inicialmente, os autores Gadrey, Gallouj e Weinstein (1995) definem que realizar um serviço é constituir uma solução para um problema, não necessariamente envolvendo a oferta de um bem, mas sim, a união de capacidades e competências podendo ser relacionadas às humanas, tecnológicas e organizacionais, à disposição de um cliente; e, estabelecer uma solução, a qual pode ser dada alterando os graus de precisão.

Nessa perspectiva da importância das relações estabelecidas na prestação de serviço, Sundbo (1996) enfatiza envolverem os estudos sobre a inovação em serviços certos fatores que precisam ser explorados, como o ambiente onde a inovação é criada, os atores envolvidos nesse propósito, os processos de trabalho, as formas de relacionamento com outras instituições, a influência das políticas públicas no processo inovativo, as formas de organização e gestão, os gostos e necessidades dos clientes.

Gallouj e Weinstein (1997) reiteram a questão da relação de trabalho, pois uma das características fundamentais da atividade de serviço, especialmente os “intensivos em conhecimento”, é a participação do cliente na produção do serviço. Vários conceitos foram desenvolvidos para dar conta desse envolvimento do cliente e, seja qual for o termo utilizado (interface, interação, coprodução, serviço regulamentado socialmente, relacionamento, relação de serviço), essa ligação entre o fornecedor dos serviços e o cliente é o mais importante elemento que, muitas vezes, está ausente da concepção do produto, como se pode observar no Quadro 2.



Quadro 2 – O envolvimento do cliente na prestação de serviços

Conceito	Significado
Interface	Contato entre cliente e prestador de serviços (ou seus sistemas técnicos).
Interação	Intercâmbio de informações, conhecimentos e cortesias, ou desempenho de tarefas de reparação/retificação.
Coprodução	Interação extensa e equilibrada (operação essencial).
Serviço	Processo de criação de um serviço, ligando-se a vários elementos: o cliente, o meio físico, o pessoal de contato, o serviço, a organização do sistema interno, outros consumidores.
Relação de serviço socialmente regulamentada	Manifestação de novas formas de regulação social das relações entre produtores e consumidores.
Relação de serviço	Forma de coordenar os atores sobre a oferta e a demanda para os serviços ou bens. Relações operacionais (coprodução) + relações sociais para o controle e regulação das ações programadas.

Fonte: elaboração própria (2015) com base em Gallouj e Weinstein (1997).

Assim, dessa interação surge a inovação *ad hoc* (contingencial), ou seja, a construção social de uma solução (estratégica, legal etc.) para um problema particular apresentado pelo cliente. A inovação é o resultado de um processo dinâmico de mudanças nas características do serviço prestado (SUNDBO, 1996, 1997; GALLOUJ, 1997). Os autores consideram a inovação em serviços como um processo coletivo: uma combinação entre o gerenciamento estratégico e o comprometimento dos colaboradores com a empresa. Dessa forma, todos (empresa, colaboradores e clientes) estão envolvidos no processo de inovar. Gallouj (1997) ressalta a importância das inovações organizacionais, definidas como “mudanças nas regras que governam os modos de interação entre os indivíduos em uma firma ou organização” (SUNDBO, 1996, 1997; GALLOUJ, 1997).

A ideia de as inovações em serviço poderem ser um novo produto do serviço, um novo processo para a sua produção ou para a sua prestação (entrega do serviço) ou, ainda, a introdução de novas tecnologias foi introduzida por Sundbo e Gallouj (1998a, 1998b). Visto o serviço, em grande maioria, não poder armazenar-se, sendo produzido no momento de consumo, isso significa não poder ficar o procedimento completamente separado do produto, assim conduz à conclusão de que é difícil alterar o produto sem alterar o processo. Portanto, inovação em serviço implica em uma mudança de muitos elementos do processo de produção simultaneamente.

Com o propósito de compreender a inovação em serviços de forma aprofundada, foi realizado um consórcio de pesquisa com nove países europeus (Projeto SI4S), organizando uma grande rede transnacional na análise da inovação e economias dinâmicas em setores de serviços. O projeto começou em março de 1996, sendo concluído ao final de 1998. Nesse trabalho, os pesquisadores observaram o foco em competitividade industrial e inovações tecnológicas, principalmente em indústrias de transformação, ter levado a uma fraca

integração dos problemas de serviço relacionado a essas políticas e um reflexo fraco concomitante desses setores em políticas de inovação e infraestruturas relacionadas. Suas principais conclusões reforçam ser preciso compreender as mudanças estruturais a nível agregado, as mudanças na indústria a nível da empresa e a dinâmica por trás dessas mudanças (SUNDBO; GALLOUJ, 1994; HAUKNES, 1998).

O autor Den Hertog, em 2000 apresentou uma nova taxonomia, um modelo de quatro dimensões de serviços: dimensão 1 - o conceito de serviço; dimensão 2 - a interface com o cliente; dimensão 3 - o sistema de prestação de serviços/organização; dimensão 4 - opções tecnológicas. O autor aponta para a importância dos fatores não tecnológicos na inovação, como o conceito de novo serviço, as interfaces de cliente e os sistemas de prestação de serviços. Esse modelo estrutural é usado para fazer uma análise do papel desempenhado pelas empresas de serviços empresariais intensivos em conhecimento - KIBS em inovação. Vistos com a função de facilitador, transportador ou fonte de inovação, e como coprodutores de inovação, através da sua estreita relação com os clientes (DEN HERTOOG, 2000).

Gadrey (2001) mostra a distinção conceitual entre bens e serviços. Tal entendimento enfatiza o caráter relacional da prestação de serviço, fonte de sua incerteza e irreversibilidade relativamente maiores do que na produção de bens. Predominam, nessa abordagem, os estudos envolvendo consultorias em gestão, onde a prestação de serviço está assentada na interação com o cliente. Gallouj (2002) reitera sobre a importância dos estudos sobre a inovação em serviços em diversos segmentos, com a exploração do ambiente onde estão inseridos, os atores envolvidos, quais são os processos de trabalho realizados, formas de relacionamento com outras empresas, a influência das políticas públicas, a gestão da empresa e as preferências e necessidades dos clientes.

Os autores Djellal e Gallouj (2005) fizeram uma reinterpretação da literatura sobre a inovação em serviços, com base no quadro interpretativo de assimilação, demarcação, inversão e perspectivas de integração, podendo ser utilizados em Serviços Públicos. Também procuraram identificar as deficiências na literatura de pesquisa e ação. Tais estudos apresentam uma grade analítica de como inovar através da decomposição funcional do serviço em produto da prestação de serviços elementares, em suporte da prestação de serviços, em características dos serviços e em competência do prestador. De Vries (2006) enfatiza o benefício para as empresas ao investirem em uma padronização internacional. As normas podem aumentar ou afetar a quota de mercado e ainda levar à redução de custos. O investimento pode superar o custo de participação e desenvolver uma estratégia influenciadora de seu desenvolvimento.

Na visão de Vargas (2006), as inovações podem ser verificadas em uma determinada prestação de serviço, a partir de alterações nas operações de serviço, na introdução de novas operações e em novas formas de combinação entre operações mobilizadas. A inovação será percebida à medida que houver alteração nas características do serviço prestado, o que implica, na perspectiva aqui adotada, em alterações na relação de serviço e, portanto, nas convenções que a circunscrevem. A articulação dessas abordagens permite combinar, de um lado, o reconhecimento das especificidades dos serviços e, de outro, os efeitos de tais especificidades na análise do processo de inovação (VARGAS, 2006).

O autor Rubalcaba (2007) congrega as teorias até o momento, quando observa que, com o colapso das fronteiras setoriais, os produtos cada vez mais oferecem um *mix* de bens e serviços e estes são dimensões relevantes da atividade econômica em todos os setores, desde a agricultura até a fabricação. Essa é uma distintiva característica da nova economia de serviços, a qual empurra a inovação de serviço como uma questão fundamental para o desenvolvimento de pesquisas, sendo um componente essencial de fabricação e de esforços das empresas para se tornarem competitivas. Portanto, inovação em serviços, nesse enfoque, é tão importante quanto a dimensão setorial.

Na contemporaneidade Den Hertog e Rubalcaba (2010) debatem a inovação em serviços e o seu papel na política. Ou seja, a política é um fator crítico para os fabricantes e para a inovação dos serviços, suas características e o seu papel transformador atraiu mais atenção no mundo em países emergentes, no sentido de liderar o caminho no desenvolvimento de serviços e políticas de inovação. A justificativa sugere a necessidade de um menu de política de inovação de serviço. Den Hertog (2010) ainda salienta que, embora Schumpeter (1934, 1942, 1982) não mencione a inovação de serviço explicitamente, ele explica as dimensões inovadoras que incluem a comercialização e a inovação organizacional, fazendo a natureza coprodutiva dos serviços ser explorada como fator essencial para a inovação em serviços.

O autor considerou a inovação fundamental quanto à evolução do capitalismo para um empreendedor. Inovação leva a novos produtos, novos processos, novas formas organizacionais, novos mercados e novas fontes de insumos de produção. Embora Schumpeter não mencione a inovação de serviço explicitamente, ele explica as dimensões inovadoras e dá ênfase para a inovação organizacional, propiciando a natureza coprodutiva dos serviços fosse explorada, como a que propõe (DEN HERTOOG, 2010). Enfatiza serem os parceiros mais importantes os clientes que cooperam com os projetos de inovação, ajudando a desenvolvê-los. As empresas de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), como

fornecedores e como consultores, também, com frequência, são cocriadores do processo inovativo. A estes devem ser adicionados os pesquisadores de mercado, parceiros de vendas, peritos externos, associações comerciais e assim por diante (DEN HERTOOG, 2010).

Novas tecnologias e seus serviços associados também possuem um papel importante. Apesar da crescente interação com novas tecnologias, especialmente as TIC's, mais inovações de serviços permanecem não técnicas (GALLOUJ; DJELLAL, 2010). Tendências indicando uma utilização crescente das TIC's aparecem consistentes com a importância da inovação organizacional, intimamente relacionada com a inovação do serviço, que varia com o tamanho da empresa. Outra característica moderna da inovação em serviço é a sua capacidade de transformar a realidade local e gerar crescimento. Diante disto, os provedores de serviço podem ser essenciais ao promover mudanças de inovação e nos resultados para os clientes que reforçam seu desempenho nos negócios (SUNDBO e GALLOUJ, 1998; PALLETTA, 2008; DJELLAL, 2010).

Os autores Den Hertog e Rubalcaba (2010) enfatizam para o desenvolvimento de novos serviços ser preciso conhecer e descrever os processos organizacionais, além de perceber, de forma sistemática, quais são os impulsionadores dos processos de inovação. A descrição adequada e medições dos processos, fluxos e transações associadas com o serviço são fundamentais, segundo os autores, para o procedimento inovativo. Igualmente os provedores de serviço articulam suas principais habilidades organizacionais no sentido de gerar um ambiente inovativo e interativo, onde o cliente e a empresa interagem a todo o instante, trocando informações e conhecimentos (DEN HERTOOG; RUBALCABA, 2010).

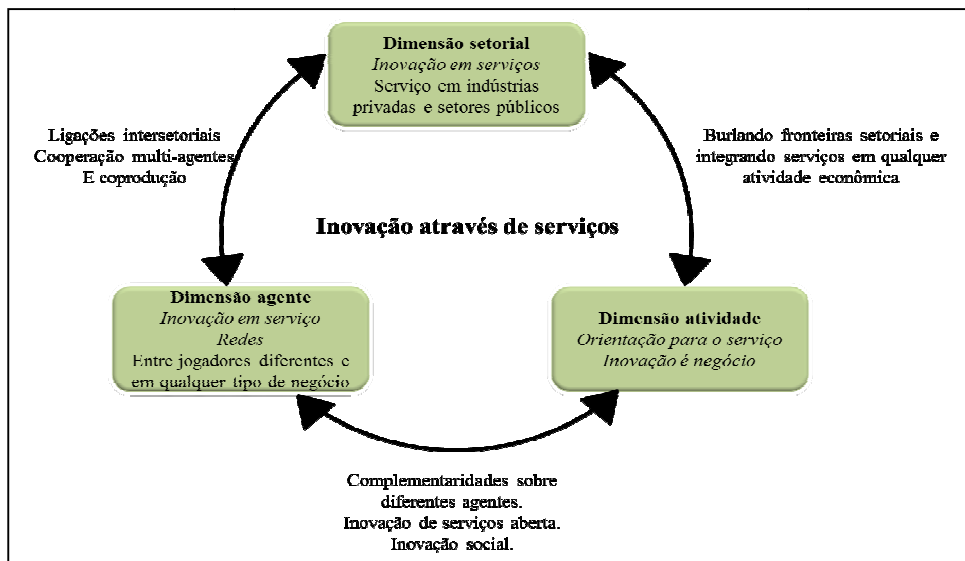
Na atualidade, Rubalcaba et al. (2012) trazem a inovação em serviços com uma perspectiva multidimensional. A dimensão setorial refere-se à inovação no âmbito do setor de serviços públicos ou privados, abrangendo o nível econômico de forma macro, em que o setor de serviços representa cerca de 70% dos empregos totais e o número de empresas na União Europeia (EU) e Estados Unidos. As economias mais avançadas orientam-se para o setor de serviços e a inovação nesse nível macro ou mesosetorial pode afetar a maior parte das sociedades. Inovação é a chave para os serviços poderem prosperar e continuar competitivos (RUBALCABA et al., 2012).

A visão contemporânea descrita por Rubalcaba et al. (2012) trazem alguns pressupostos importantes de serem considerados. Nessa teoria, as discussões acerca da inovação em serviços têm um construto multidimensional e interdisciplinar que reflete o esforço de criação de valor para todas as partes da organização de serviços, como clientes, funcionários e sociedade. Apesar de cada uma das partes ter diferentes valores intrínsecos, a

inovação em serviços deve combinar a criação de valor para todos de forma equilibrada para ser bem sucedida em longo prazo (RUBALCABA et al., 2012).

Com esta visão multidimensional e interdisciplinar definida, os autores Rubalcaba et al. (2012) e Sorensen (2012) também discutem como o processo de inovação em serviços e as condições organizacionais apoiam, incentivam e norteiam o processo inovativo. Rubalcaba et al. (2012) trazem uma análise das características distintivas da inovação em serviço e revelam três dimensões diferentes, que importa compreender: 1 - a dimensão setorial referente à inovação aplicada às indústrias dentro do setor de serviço; 2 - a dimensão de atividade ou negócio envolve atividades relacionadas com a inovação do serviço, independentemente do tipo de setor em que estão situadas e 3 - uma dimensão de agente implica ser a inovação de serviço um resultado de algumas coproduções entre diferentes agentes. A partir da Figura 4 podem-se identificar os elementos-chave que facilitam a inovação através do serviço que interagem entre suas dimensões.

Figura 4 – Inovação em serviços em perspectiva multidimensional



Fonte: Rubalcaba et al. (2012).

Na Figura 4, a dimensão setorial refere-se à inovação no âmbito do setor de serviços públicos ou privados. Tais inovações abrangem o setor econômico, no qual o setor de serviços está inserido. As economias mais avançadas orientam-se para o setor de serviços e a inovação nesse nível macro ou mesossetorial pode afetar a maior parte das sociedades. Inovação é a chave para os serviços superarem os tradicionais mitos (GALLOUJ, 2002; RUBALCABA et al., 2012).

Na dimensão atividade, as características distintivas e as especificidades da inovação podem mudar quando se considera a possibilidade da inovação empresarial orientada a serviços. A este nível de atividade, conforme a Figura 4, as distinções entre inovação de serviços e inovação de bens podem tornar-se irrelevantes, pois o papel dos serviços vai além dos limites do setor de serviços nesse nível micro. Com o colapso das fronteiras setoriais, os produtos cada vez mais oferecem um *mix* de bens e serviços e os serviços são dimensões relevantes de atividade econômica em todos os setores, promovendo o desenvolvimento. Essa é uma distinta característica da nova economia de serviços (RUBALCABA, 2007; (RUBALCABA et al. 2012), a qual empurra a inovação de serviço como uma questão fundamental para a pesquisa de serviços oferecidos, tornando-se um componente essencial de fabricação e de esforços das empresas com o objetivo de tornarem-se competitivas. Portanto, inovação em serviços, nessa dimensão, é tão importante quanto à dimensão setorial.

A maioria dos estudos define inovação em serviços focando em especificidades dos negócios ou perspectivas da empresa. A inovação de serviço também envolve diferentes agentes, não apenas empresas isoladas ou organismos públicos. Nessa dimensão do agente, como mostra a Figura 4, uma inovação de serviço pode ser o resultado de redes de inovação, em que diferentes agentes cooperam para a coprodução de inovação baseada em serviços (GALLOUJ, 1994, 2002; LAM, 2005; WINDRUM; GARCIA-GOÑI, 2008; RUBALCABA, 2012).

Em resumo, as três dimensões destacadas na Figura 4: dimensão setorial, dimensão atividade e dimensão agente, estão inter-relacionadas e mantêm ligações intersetoriais com cooperação e coprodução do serviço. Além disso, é importante destacar o fato de as três dimensões de inovação de serviço ocorrem simultaneamente, ou seja, elas são sistematicamente inter-relacionadas, sem qualquer hierarquia particular entre elas (RUBALCABA et al., 2012). Assim, o campo de inovação de serviço é rico e diverso e destaca-se seu caráter distintivo, complexo e poliédrico (GALLOUJ; DJELLAL, 2010; GALLOUJ; SAVONA, 2010; RUBALCABA, 2012).

Estas afirmações sugerem que o agente também reflete a dimensão e os conceitos de inovação aberta e social como recentemente aplicado a serviços. Ambos os conceitos destacam que a inovação de serviço deve ser coproduzida com os usuários finais, ou seja, inovação orientada pelo usuário, bem como outras fontes externas de conhecimento (VON HIPPEL, 2005). Na interseção dessas dimensões, no cruzamento da inovação em serviços (setoriais), inovação orientada a serviços no negócio (atividade) e inovação em serviço e redes

(agente), pode-se encontrar elementos que ajudam a promover a inovação em todas as redes de serviços ou de utilização dos serviços (RUBALCABA et al. 2012).

Sorensen (2012), mais contemporaneamente, discute que as teorias de inovação em serviços precisam explicar melhor como os processos podem facilitar e suportar a inovação e a participação das pessoas como geradoras de ideias, conhecimentos e práticas derivadas. Segundo a autora, as características dos diferentes processos de inovação em serviços são baseadas nas condições organizacionais que podem facilitar o processo inovativo. Ainda Sorensen, Sundbo e Mattsson (2013) investigam as condições organizacionais para a inovação baseada no encontro do serviço. Sendo assim, a inovação em serviços tem se concentrado em oportunidades geradas pela explosão de informações e ferramentas digitais. Simplificando a questão de como criar valor à organização e aos clientes usando dados e ferramentas analíticas que as instituições têm acesso, como as TICs. Elas facilitam a busca por novos padrões como: aumentar o nível de produtos que possam gerar dados importantes; digitalizam os ativos; partilham dados dentro e entre as empresas (dados de negociação). Levando a uma capacidade de serviço distinta (PARMAR, 2014).

Segundo Chen (2015) inovação em serviço é um meio de ganhar vantagem competitiva. Além disso, a prestação de serviços desempenha um papel fundamental nas interações com os clientes. A inovação na prestação de serviços contribui para firmar o desempenho organizacional, sendo fundamental a orientação do serviço para a inovação, e na utilização das TICs como meio de inovar. A seção 2.3.2 traz as principais abordagens teóricas da inovação em serviços.

### **2.3.2 Principais abordagens teóricas sobre a inovação em serviços**

A inovação em serviços pode ser compreendida sob três enfoques que caracterizam as principais abordagens teóricas: a abordagem tecnicista; a abordagem baseada em serviços e a abordagem integradora. Essas abordagens se distinguem por um aspecto fundamental: a compreensão sobre os determinantes da inovação em serviços, sobretudo na sua relação com as inovações advindas da indústria (VARGAS, 2006). Portanto, nas próximas seções discorre-se sobre as abordagens citadas.

### 2.3.2.1 Abordagem tecnicista

De acordo com esta abordagem, a inovação partiria da introdução de algo tecnológico como ponto de partida para a inovação. Gallouj (1994) salienta ser a parte tecnológica a característica principal da inovação. Nesse sentido, encontram-se diversas correntes, desde as dedicadas ao estudo do impacto das novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's) nos serviços, até as que desenvolvem estudos em nível agregado procurando estabelecer taxonomias e identificar trajetórias tecnológicas nos setores de serviço (VARGAS, 2006, 2007).

Segundo Vargas (2006), a origem dessa abordagem está na genuína tentativa de desenvolvimento de uma teoria da inovação em serviços. Seu marco teórico são os trabalhos de Barras (1986, 1990), o qual demonstrou a preocupação com o processo de difusão tecnológica entre os setores produtores dos artefatos tecnológicos nos setores adotantes, fundamental, em seu entender, para a compreensão de novos ciclos de crescimento, especialmente daqueles que vinham caracterizando o desenvolvimento capitalista no final do século XX. Esta abordagem estabeleceu uma série de fundamentos para a teoria da inovação no setor de serviços e indica que a inovação pode desempenhar ciclos de crescimento. Principalmente na utilização de uma nova tecnologia no setor de bens de capital.

O “ciclo reverso do produto” é, então, proposto para descrever o processo de inovação ocorrido em indústrias de serviços, uma vez que a nova tecnologia foi adotada. Este ciclo inicia-se com o processo de melhorias para aumentar a eficiência da prestação de serviços existentes que passam a processar as inovações capazes de melhorar a qualidade do serviço e, em seguida, levam a inovações de produto através da geração de novos tipos de serviços (BARRAS, 1986). Assim, quando o processo de difusão tecnológica estivesse em sua fase avançada, a nova tecnologia poderia introduzir serviços totalmente novos, como a recombinação de atividades existentes, resultando numa reconfiguração dos serviços (VARGAS, 2006).

### 2.3.2.2 Abordagem baseada nos serviços

A partir do enfoque tecnicista, com a predominância do estudo de Barras (1986), outros trabalhos emergiram com foco nas relações do serviço. Se a tecnologia oriunda da indústria é o principal determinante das inovações no modelo do “ciclo reverso do produto” (BARRAS, 1986), a abordagem baseada em serviços (GALLOUJ, 1994) reúne trabalhos que



têm como ideia central, a convicção de a relação de serviço, tal qual definida por Gadrey (1994) oferece oportunidades para inovar na elaboração do serviço capaz de superar qualquer inovação tecnológica que venha a ser adotada (HAUKNES, 1998).

Gadrey (2001) enfatizou o caráter relacional da prestação, fonte de sua incerteza e irreversibilidade relativamente maiores do que na produção de bens, em que residiriam as principais oportunidades de inovação. Predominam, nessa abordagem, os estudos envolvendo consultorias em gestão, onde a prestação de serviço está assentada na interação com o cliente. Gradativamente, entretanto, os principais expoentes desta abordagem migraram para uma visão não-dicotômica entre bens e serviços, o que têm levado, em alguns trabalhos recentes (GALLOUJ, 2007), a considerar apenas a existência de duas abordagens – a tecnicista e a integradora (VARGAS, 2007).

### 2.3.2.3 Abordagem integradora

A abordagem integradora procura agregar todas as teorias sobre inovação em serviços desenvolvidas até o presente momento. Ela entende que a inovação envolve um *mix* de características que precisam ser entendidas e congregadas, pois nesse enfoque a inovação envolve características genéricas e, conforme salienta Hauknes (1998), “existe um processo de convergência ao longo de um *continuum* entre a manufatura e os serviços”. Desta forma, a ênfase recairá, então, sobre as peculiaridades da manufatura ou dos serviços de acordo com a intensidade da relação de serviço verificada no ambiente de análise (VARGAS, 2006). Assim a abordagem integradora procura estabelecer características funcionais que possam ser extensivas a bens e serviços e, a partir delas, desenvolver a análise do processo de inovação.

Para esta Tese, a abordagem integradora é a que mais se encaixa no modelo de análise de forças internas e externas e dos processos que podem levar à inovação em serviços em APS. Nessa direção, Gallouj (1998, 2002) salienta que a contribuição de maior destaque, por parte da abordagem baseada em características de bens e serviços para a integradora, é cada produto poder ser interpretado como um sistema resultante da combinação de tecnologias mobilizadas (materiais ou imateriais) e das competências necessárias para sua produção (competências do produtor) e para seu uso (competências do cliente).

A partir desta nova tipologia da inovação, a abordagem integradora procura envolver todas as situações e processos que se articulam à inovação, seja na produção de bens, seja na produção de serviços. Seu escopo permite investigar com maior liberdade todos os fatores e variáveis que podem levar a inovação. Para este estudo, a abordagem integradora é a que mais

se aproxima com o recorte proposto, pois permite transitar entre os processos, pessoas e condições organizacionais que podem levar a inovação em serviços em APS. A visão ampliada congrega a tecnologia, os serviços oferecidos e a intensidade das relações verificadas no ambiente de análise. Estes fatores relacionados e/ou associados podem levar tanto à compreensão, quanto à elaboração de uma representação do processo de inovação em APS. Nesse sentido, Sundbo e Gallouj (1998a, 1998b) salientam a importância da visão ampliada de que a inovação em serviços possui uma abordagem multidimensional amparada pelas características, processos, pessoas e ambiente onde estão inseridos, os quais delimitam em forças internas e forças externas. A seção 2.4 traz a perspectiva de processos na inovação em serviços.

#### 2.4 A PERSPECTIVA DE PROCESSO NA INOVAÇÃO EM SERVIÇO

Em 1978 Abernathy e Utterback apresentaram um modelo sugerindo que o processo de inovação em serviço associado ao amadurecimento da empresa, a decisões bem sucedidas e como outras organizações podem mudar para promover a inovação à medida que crescem e prosperam. Dessa forma, diferentes estágios de evolução da organização respondem a diferentes estímulos e empreendem diferentes tipos de inovação. O ciclo de vida do produto é dinâmico e liga a trajetória de desenvolvimento dos processos de produção. A estratégia competitiva da empresa e o padrão da inovação baseiam-se no ciclo de vida do produto (ABERNATHY; UTTERBACK, 1978).

Os autores Saviotti e Metcalfe enfatizaram a importância do processo de inovação como impulsionador das competências organizacionais, da inovação radical e de novas tecnologias que podem ser combinados oferecendo uma diversidade de serviços e preços aos consumidores, com enfoque em produtos manufaturados (SAVIOTTI; METCALFE, 1984). Com uma abordagem voltada à manufatura, Barras (1986; 1990) estabeleceu uma série de fundamentos para a teoria da inovação no setor de serviços e enfatizou o papel que a inovação pode desempenhar na geração de ciclos de crescimento dessa produção, com a nova tecnologia no setor de bens de capital e o seu desenvolvimento posterior para a produção de um novo ciclo produtivo chamado “Ciclo Reverso do Produto”, inicia-o com o processo de melhorias para aumentar a eficiência da prestação dos serviços existentes, o qual passa a processar as inovações que melhoram a qualidade do serviço e, em seguida, levam a inovações de produto através da geração de novos tipos de serviços (BARRAS, 1986; 1990).

Autores como Gallouj (1994), Gallouj e Weinstein (1997) e Sundbo e Gallouj (1998) têm, como ideia central, a convicção de a relação em serviço oferecer oportunidades para inovar na sua elaboração, as quais superam qualquer inovação tecnológica que venha a ser adotada. Sendo assim, os processos e as relações estabelecidas demandam a qualidade do serviço ofertado. Sundbo e Gallouj (1998a, 1998b) e Sundbo (2001) afirmam que empresas de serviço desenvolvem inovações radicais e incrementais que tendem a envolver melhorias para os produtos dos serviços existentes, como alterações de processos ou ajustes de comportamentos do pessoal envolvido. Esse enfoque considera como as empresas realizam tais inovações, investigando a estrutura gerencial para determinar o processo de inovação, um quadro de inovação estratégica, e a maneira como os empregados conduzem o processo de inovação. Na esfera das inovações incrementais, a gestão maior (topo) de um serviço na empresa deve estabelecer fluxos que envolvam não apenas colaboradores e gestores no processo de inovação, mas também a orientação para o processo em que o serviço é oferecido (SUNDBO; GALLOUJ, 1998a, SUNDBO, 2001).

Essa abordagem de inovação em serviços descreve a inovação como um fluxo de inovações incrementais que emergem de funcionários a serviço da empresa, muitas vezes como resultado de seus encontros com os clientes, ou são iniciadas pela equipe de gestão maior. Estas inovações incrementais devem ser coordenadas, reproduzidas e exploradas, o que se torna uma tarefa da gestão (SUNDBO; GALLOUJ, 1998a, 1998b; SUNDBO, 2002). Por sua vez, empresas de serviço adotam uma dupla organização de atividades de inovação (SUNDBO; GALLOUJ, 1998a, 1998b; SUNDBO, 2002), envolvendo processos de cima para baixo e de baixo para cima.

Os empregados e gerentes desenvolvem ideias e tentam promovê-las. A gestão maior da inovação incremental deve induzir e equilibrar os processos de inovação, usando uma estratégia para alcançar esse equilíbrio e decidir quais ideias irá promover, sendo a estratégia continuamente avaliada. Portanto, utilizam avaliações periódicas das inovações já implementadas e verificam as evoluções do mercado. Consoante a isso, o processo estratégico é resultante de uma ação reflexiva envolvendo diversas pessoas na organização (SUNDBO, 2002).

Baseando-se em Drew (1995), o qual argumentou que identificar e explorar as relações entre as práticas de gestão e de desempenho em inovação em serviço são muito importantes, pois normalmente ficam particularmente defasadas. Ressaltou-se a importância de mais estudos que deveriam prestigiar esse tipo de enfoque, através da aplicação de práticas inovadoras na prestação de serviços, onde as empresas poderiam mudar o seu método de

criação de valor para o cliente e potencializar o impacto positivo nos comportamentos dos mesmos. O autor reforçou a ideia que o processo de formalização é necessário para disseminar as ideias e práticas inovadoras. No entanto, Drejer (2004) argumentou que, como uma inovação em serviço é oferecida aos clientes subsequentes, o processo de formalização já começou, caso contrário, o serviço não podia ser adaptado a diferentes necessidades destes. A formalização é essencial no início da criação do conhecimento no processo de inovação e entender a inovação de serviços como um “Único evento” seria um erro.

A formalização é desejável no processo de inovação a fim de sustentar uma reprodutível capacidade, mas não necessariamente seguirá o mesmo padrão formalizado da fabricação. Enquanto a formalização pode ser aprendida, os métodos para fazê-la podem ser exclusivos de domínio do serviço (DREJER, 2004). O autor salienta ser a formalização um elemento importante em todos os processos de inovação com o objetivo de aplicar a criação de novos conhecimentos em inovações e em relação aos serviços. O conceito de inovação “experiência de campo” foi aplicado para descrever as inovações que consistem em detectar as novas necessidades e responder a elas através do procedimento de acumular conhecimento e experiência dentro dos serviços (GALLOUJ, 2000). Nessa perspectiva, a inovação real só será materializada em uma interação com o cliente. Dá-se ênfase à experiência de campo, que é um caso especial de “inovação ad hoc”.

Os resultados essenciais da experiência da inovação de campo são a “abertura de novos mercados, a diversificação (interna e externa) ou a renovação da gama de produtos e a criação de vantagem competitiva ou o monopólio em termos de conhecimentos e competências” (DREJER, 2004; GALLOUJ, 2000). Assim, existe um processo em que perspectivas tácitas das especificidades de campo (pesquisa) são convertidas em conceitos explícitos, formais, que podem ser compartilhados além das fronteiras de um time limitado de pessoas.

A contribuição dos novos conceitos de inovação lançados em relação aos estudos de serviços encontra-se na atenção dirigida à multiplicidade de formas através das quais as inovações podem ser realizadas, isto é, diferentes características dos processos de inovação. Mais importante, os conceitos também se distinguem entre diferentes tipos de inovação e em relação ao grau de novidade, os quais dependem de uma aprendizagem cumulativa (NONAKA E TAKEUCHI, 1995; DREJER, 2004).

O autor Von Hippel (2005) afirmou estar o processo de inovação centrado no usuário crescendo rapidamente devido a contínuos avanços em tecnologias de computação e comunicação, tornando-se matéria-prima para o fabricante ao buscar a inovação em muitas

áreas. A tendência para democratizar a inovação aplica-se à informação de produtos tais como *softwares* e também para produtos físicos e está sendo conduzida por duas tendências técnicas relacionadas: 1 - as capacidades dos *designs* melhoradas constantemente pelos avanços em *hardware* e *software* de computador tornaram-se possíveis para os usuários; 2 - a capacidade de melhorar e coordenar os esforços relacionados com a inovação através de novas mídias de comunicação, como a *Internet*. Alam (2006) destaca poderem os processos facilitar e suportar a inovação e a participação das pessoas como geradoras de ideias, com conhecimentos e práticas derivadas se tornando fundamentais nesse processo.

Segundo Vargas (2006), a análise dos processos de inovação em serviços têm se mostrado elemento central para o avanço nas explicações desta nova dinâmica intersetorial da atividade produtiva, protagonizada, em grande medida, pelos serviços que, mesmo nas atividades industriais, têm jogado um papel fundamental na difusão do conhecimento e das inovações. O autor também argumenta que a dissonância nesse debate reside, por um lado, na complexidade da definição dos serviços principalmente no que diz respeito à definição do produto do serviço e, por outro, no fato de a teoria da inovação, dedicada à análise da evolução das atividades produtivas, ainda não contemplar as características dos serviços e as implicações dela decorrentes de maneira totalmente satisfatória (VARGAS, 2009).

O autor baseou-se nos trabalhos de Gadrey (1991) e Gallouj (1999) os quais permitem identificar quatro grupos de operações de serviço, a saber: 1 - operações materiais, quando a prestação de serviço se realiza sobre um objeto tangível; 2 - operações informacionais, que envolvem o tratamento de informações codificadas; 3 - operações metodológicas, que dizem respeito à aplicação de um método de solução, de um conhecimento codificado, à solução de um problema; 4 - as operações relacionais, que designam os métodos e as técnicas empregados no relacionamento direto entre o prestador de serviço e o cliente/usuário, as quais, nas atividades de serviço, podem ser identificadas sempre, em maior ou menor grau, na companhia de uma das operações anteriormente mencionadas (VARGAS, 2009).

Nessa perspectiva, as inovações podem ser verificadas, em uma determinada prestação de serviço, a partir de alterações realizadas nestas operações, o que implica na perspectiva de mudanças na relação de serviço e, portanto, nas convenções que a circunscrevem; na introdução de novas operações; e, em novas formas de combinação entre operações mobilizadas. A articulação dessas abordagens permite combinar, de um lado, o reconhecimento das especificidades dos serviços e, de outro, os efeitos de tais especificidades na análise do processo de inovação (VARGAS, 2006, 2007, 2009).

A inovação orientada para o empregado, no modelo estratégico, aparece como particularmente importante para os serviços. Nesse sentido, os empregados são equivalentes à tecnologia na fabricação, ou seja, realizam os atos constitutivos do serviço “produto”, portanto, possuem o conhecimento necessário para executar essas ações usando a tecnologia disponível. Além disso, a comunicação entre funcionários e clientes é importante (SUNDBO, 2008; SUNDBO; TOIVONEN, 2011), podendo melhorar a percepção dos clientes frente à qualidade do serviço ofertado, sugerindo ideias capazes de levar a inovações.

A estrutura multidimensional de inovação de serviço delinea suas características usando perspectivas distintas e complementares. A Figura 5 demonstra um modelo de inovação de processos da empresa de serviço.

Figura 5 – Modelo de inovação de processos da empresa de serviço



Fonte: Rubalcaba (2012).

A inovação de serviço, na visão de Rubalcaba et al. (2012), é caracterizada geralmente por uma evolução comportamental (por exemplo, para os clientes), mas também está se movendo em direção ao desenvolvimento da tecnologia, Figura 5. Portanto, depende de processos abertos, muitas vezes realizados com atores externos, incluindo os clientes e envolvendo vários funcionários e gerentes por meio de processos de baixo para cima e de cima para baixo. Inovação de serviço requer orientação gerencial que, por sua vez, exige um modelo de estratégia ou negócios, uma diretriz, enquanto se baseia no encontro do cliente e nos valores para o cliente (RUBALCABA et al., 2012).

O departamento de P&D ou o setor responsável pela inovação ou projetos novos, ligado a administração estratégica, no contexto dos serviços, trabalha para identificar e desenvolver esforços a fim de criar valor para todas as partes – a organização de serviços,

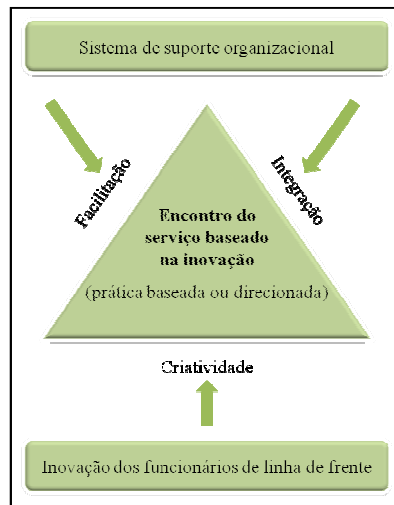
clientes, empregados e sociedade. Embora, cada uma delas possa ter diferentes valores intrínsecos, a inovação em serviço deve combinar a criação de valor para todos de forma equilibrada e assim ser bem sucedida em longo prazo. Assegurar esse equilíbrio é tarefa da gerência maior nesse constructo multidimensional, envolvendo a gestão, os empregados, os clientes e a sociedade (RUBALCABA et al., 2012).

No que tange à geração de novas ideias, essencial para o processo de inovação, conforme apontam Sorensen, Sundbo e Mattsson (2013), existe influência da capacidade dos gerentes de obter informações para gerar ideias e formas diferentes de fazer as coisas a fim de tomar as decisões corretas, ou seja, decidir qual é a melhor e implementá-la. Essa capacidade é uma competência pessoal, mas também pode ser sustentada pela organização. Às vezes uma ideia é aceita sem decisões gerenciais claras devido à sua maior aceitação dentro da organização. Assim, fatores organizacionais podem favorecer o reconhecimento/seleção de ideias, seja diretamente como mecanismos de comunicação e normas sociais ou indiretamente por influenciar a capacidade de tomada de decisão dos gestores (SORENSEN; SUNDBO; MATTSSON, 2013).

Portanto, o serviço ao encontro da inovação, por conseguinte, não depende apenas da capacidade de obter informações de qualquer ideia e desenvolvê-la, mas também da capacidade para selecionar as ideias propostas. Assim, por um lado, o sistema de suporte organizacional pode atuar como um facilitador de um *front-office* da inovação e, por outro, manter o acesso entre a comunicação, a integração dos funcionários do *back-offices* com os do *front-office* facilitaria a transferência de ideias (SORENSEN; SUNDBO; MATTSSON, 2013).

As mudanças decorrentes desta prática entre os funcionários são mais facilmente reconhecidas e aceitas por todos na organização. Conseqüentemente, essas ideias ou práticas podem ser integradas na carteira de desenvolvimento da organização (SORENSEN; SUNDBO; MATTSSON, 2013). Assim também um sistema de apoio inadequado pode dificultar esses processos. Demonstra-se o modelo na Figura 6, o qual indica como a inovação baseada no encontro de serviço é influenciada por climas de inovação de *front-office* e sistemas de suporte operacional.

Figura 6 – Elementos organizacionais do serviço no encontro da inovação



Fonte: Sorensen, Sundbo e Mattsson, (2013).

Apesar dessas condições do serviço irem de encontro à inovação, ela pode ser sustentada de formas diferentes nos vários tipos de organizações. Dessa forma, em pequenas empresas, um gestor de topo, empreendedor, pode (de forma eficiente) se encarregar de providenciar a capacidade e ter a decisão organizacional de inovar, enquanto, em outras organizações, tal decisão pode ser deixada para os departamentos de inovação ou pode envolver os funcionários da linha de frente. Para algumas organizações, isto pode ser uma solução ideal. Desta forma, percebe-se que os benefícios das condições para inovar dependem do tipo de empresa de serviços e das possíveis combinações organizacionais realizadas.

Na abordagem contemporânea dos processos de inovação em serviço, destacam-se as TICs como ferramentas tecnológicas utilizadas na prestação de serviços, que contribuem para a produtividade e eficiência das empresas e que podem, ao longo do tempo, levar a mercados inteiramente novos. TICs têm um papel fundamental e transformador como recursos em inovação de serviços (BARRET, 2015).

## 2.5 FORÇAS QUE DIRIGEM O PROCESSO DE INOVAÇÃO EM SERVIÇO

O projeto *Services for Innovation Innovation for Services (SI4S)* reuniu onze grupos de pesquisa de dez países e originou uma série de conclusões sobre inovação em serviços. Seus dados se originam de pesquisas realizadas na Dinamarca, França e Noruega, envolvendo diferentes empresas no ramo de serviços, onde foram realizadas entrevistas com especialistas e análises dos dados macroeconômicos disponíveis. Os dados obtidos com o projeto sustentam a análise de Sundbo e Gallouj (1998a, 1998b) sob coordenação do *Step Group* de



Oslo, Noruega. De acordo com eles, assim como na manufatura, as forças internas são os principais determinantes da inovação em serviços.

Sundbo e Gallouj (1998) destacaram três forças principais: a administração central da firma, que detém a decisão estratégica; os funcionários; e, o departamento de P&D que, no âmbito de serviços, é o setor responsável pela inovação ou projetos novos. No caso das organizações de serviços, esse papel pode ser desempenhado pelo departamento de *marketing*, dada a relevância de se buscar continuamente o foco no cliente do serviço. Nas palavras dos próprios autores: “seriam uma espécie de departamento de comunicação, que existe em algumas empresas de serviços e os quais têm a tarefa de induzir ideias inovadoras entre os empregados e gerentes e coletar estas ideias” (SUNDBO; GALLOUJ, 1998a, 1998b).

### **2.5.1 Forças internas em APS**

A aproximação teórica com o modelo de Sundbo e Gallouj (1998) para a APS identificou a força interna administração central da firma na manufatura com a gestão central da SMS em APS, pois ambas detém a decisão estratégica de governabilidade. Os funcionários, segundo o modelo, também são forças internas, sendo assim, elegeram-se os responsáveis/gestores de cada UBS como representantes dos atores diretamente envolvidos no processo de inovação (equipe de saúde). O modelo também identificou um setor dedicado à P&D como força interna, que no âmbito de serviços da indústria é o setor responsável pela inovação ou projetos novos. Dessa forma, como em APS não se diferencia este setor, pois não é próprio da área da saúde tê-lo em separado para alavancar inovações em APS, elegeu-se o modelo de atenção, que está diretamente associado ao planejamento e a forma de trabalho das UBS e as inovações geradas/produzidas nas dimensões produto, processo, *marketing* e organizacional como forças internas em APS.

Para entender as forças internas em APS e aproximar-se da visão teórica proposta por Sundbo e Gallouj (1998), graficamente apresentadas na Figura 2 p. 29, explica-se como são definidas nesse estudo:

- a) Gestão Central da SMS: responsável pelo planejamento das atividades, coordenação e supervisão do serviço prestado; os arranjos organizacionais formais ou informais, os métodos de trabalho tais como: mecanismos de controle e regulação, formas de comunicação, reengenharia de novos serviços, conhecimentos partilhados que podem levar à geração de novas ideias e à

inovação. P&D pode ser representado por um departamento ou setor (com outra nomenclatura) voltado ao desenvolvimento e melhorias em APS.

- b) Responsável/Gestor da UBS: o processo de inovação em serviços é principalmente um processo flexível em que os funcionários (incluindo os gestores/responsáveis de todos os níveis) estão envolvidos, ou simplesmente funcionam como empreendedores corporativos que iniciam o processo.
- c) Modelo de Atenção: as UBS em APS podem atuar sob a forma de dois modelos, o Tradicional com a prestação de serviços de saúde de forma geral, com centralização na figura do médico, e a ESF, que visa a reorganização da assistência em APS, com o foco na família e na população adscrita.
- d) Inovações em produto, processo, organizacional e *marketing*: inovações introduzidas e/ou modificadas no contexto de APS nas perspectivas de: estrutura, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, exames, gestão e atendimento ao usuário, que englobam o contexto de atuação em APS.

### **2.5.2 Forças externas em APS**

Para entender as forças externas do modelo Sundbo e Gallouj (1998) no escopo da APS, a trajetória institucional está ligada as políticas públicas em APS, elementos regulatórios do poder público que influencia a todo o momento o sistema organizativo da APS; e, os consumidores são os usuários (em APS) que devem atuar como coautores da prestação de serviço e que recebem o resultado da produção do serviço de saúde. A UBS enquanto estrutura de apoio para o serviço profissional, tecnológico e o local onde as inovações ocorrem; e, o CMS, enquanto órgão de controle social, impulsionador, fiscalizador e regulatório das ações em saúde. Sob essa aproximação teórica os fornecedores deste serviço são representados pela própria SMS e os competidores não foram arrolados, pois para a maioria dos serviços em saúde, existe uma demanda reprimida, utilizando outros serviços prestados em APS, fora do Sistema Público de Saúde.

Dessa forma, explica-se como as forças externas são definidas nessa Tese:

- a) trajetória institucional: a trajetória institucional relata as tendências gerais de evolução das regulamentações e das políticas públicas que fomentam a inovação em saúde;

- b) usuários/pacientes/clientes/indivíduos: são os atores que influenciam a prestação de serviço, devido à intensidade do relacionamento com a empresa prestadora de serviços de saúde, envolvendo-se na coprodução do serviço;
- c) UBS: extremamente importante no processo de inovação em APS, sendo um ambiente em que novas ideias são projetadas, novas tecnologias são implantadas e formas diferentes de fazer as coisas emergem através dos processos de trabalho e da coparticipação dos usuários, em função de suas exigências, necessidades e percepção da equipe de trabalho;
- d) CMS: o Conselho Municipal de Saúde tem um importante papel na participação social e no fomento das inovações, através da aprovação dos projetos e programas, financiamento do sistema local de saúde, participação da comunidade e de seu papel regulador e fiscalizador.

Nesse momento do trabalho, amplia-se o olhar para a contextualização deste estudo, a APS. Assim, apresenta-se, na seção 2.6, a sua conjuntura organizacional, a forma de atuação, o resgate de um pouco da história da Saúde Pública no Brasil e a atual organização da APS de Pelotas.

## 2.6 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS, os cuidados primários de saúde são essenciais e destinados às pessoas, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e de famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (OPAS; OMS, 1978).

A APS é parte integrante tanto do sistema de saúde do país do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um continuado do processo de assistência à saúde (OPAS; OMS, 1978).

A APS é, portanto, considerada a porta de entrada no Sistema Público de Saúde para todas as novas necessidades e problemas do usuário. Fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, provê atenção integral para todas as

condições, exceto as muito incomuns ou raras e coordena ou integra a atenção fornecida no nível secundário e/ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da APS. É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, secundário e terciário e também compartilha características com estes níveis, como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção e prevenção, bem como tratamento e reabilitação além de trabalho em equipe (STARFIELD,1992).

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que realizou ações curativas e preventivas, embora restritas às doenças infecciosas e carenciais (MENDES, 2002).

Com o movimento sanitário, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial. Com isso, surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam o fortalecimento de um sistema de saúde unificado e descentralizado, voltado para as ações integrais (RIBEIRO, 2007). Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da Previdência Social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos (RIBEIRO, 2007; FIOCRUZ, 2011; NODARI, 2012). Essas experiências somadas à constituição do SUS (BRASIL, 1988) e sua regulamentação (BRASIL, 1990, 2006) possibilitaram a construção de uma política de Atenção Básica à Saúde (ABS) dirigida à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o Sistema de Saúde. Alguns autores utilizam os termos APS e ABS como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência. Igualmente, parte dos artigos analisados utiliza-se do termo APS enquanto serviços de saúde do primeiro nível de atenção, indo ao encontro de sua definição como porta de entrada para o sistema, tendo, nas UBS, sua instância operacional com nível próprio de atendimento (GIL, 2006).

Assim, a APS instituiu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a APS como:

Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (BRASIL, 2006).

A reconhecida fragilidade institucional das Secretarias de Saúde nos municípios, assim como da própria rede local de serviços propicia que estudos, políticas e programas de fortalecimento e de reorganização da atenção básica continuem a ser prioritários para um melhor desempenho institucional. Partindo do entendimento de a APS desenvolver-se e atuar em um sistema interligado com diversas outras unidades, cabe entender a visão de Morin (1982; 1990) sobre o sistema e as suas três faces:

- a) o todo como a macrounidade onde as partes têm uma identidade própria e uma identidade comum;
- b) as interações ou o conjunto das relações que se criam no sistema;
- c) a organização com as partes expressando um caráter constitutivo das interações e dando à ideia de sistema a sua espinha dorsal.

Cada elemento produz um efeito sobre o conjunto, condicionado pelos demais elementos, com trocas e interações que se articulam exercendo influência mútua e constante (MORIN, 1990). Para Cameron (1986), a interação dos atores com as organizações deve ser de natureza paradoxal. Portanto, a eficácia organizacional é paradoxal, pois para ser eficaz uma organização deve possuir atributos que são simultaneamente contraditórios e mesmo, mutuamente excludentes. O autor inspira-se nos trabalhos que antecipam a turbulência dos anos 90, exigindo das organizações (e de seus atores) maior capacidade de adaptação para obter êxito. Entre esses atributos de adaptação, cujos valores são aparentemente contraditórios ou competitivos e de ocorrência simultânea, deve-se encontrar:

- a) a tendência à renovação, sem perder de vista o enraizamento institucional;
- b) a abertura ao meio ambiente externo e o reforço das estruturas internas;
- c) a formação de recursos humanos, favorecendo a especialização e a generalização de papéis;
- d) a prática funcional baseada na autonomia e no controle institucional.

Perfazendo um breve resgate histórico da reforma do setor da saúde no Brasil que começou a tomar forma na década de 1970, durante a luta para restaurar a democracia, apresenta-se a visão de Paim et al. (2011). O autor explica que o amplo movimento social cresceu, reunindo iniciativas em diferentes seções da sociedade: de setores populares para as populações de classe média, comércio e sindicatos e, em alguns casos, em conjunto com os partidos políticos. O movimento brasileiro de reforma da saúde é considerado, do ponto de vista político e ideológico de saúde, não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas como uma questão social e política para ser tratada em público.

Seguindo a historicidade em 1990 foi aprovada a Lei 8080/90 especificando as atribuições e a organização do SUS. A reforma do setor da saúde foi reativada em 1992 e teve sua descentralização reforçada. O Programa de Saúde da Família foi lançado e um plano de estabilização econômica (o Plano Real) introduzido em 1994, com políticas de ajuste macroeconômico e Projetos para a reforma do Estado. Atualmente, a principal estratégia de configuração da APS no Brasil é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ela aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde compostas normalmente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidas por equipe.

A ESF visou à reorganização da Atenção Básica no País de acordo com os preceitos do SUS e é tida como a estratégia de expandir, qualificar e consolidar a APS, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação entre custo e efetividade (BRASIL, 2011). Não obstante, o processo de trabalho e a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS são organizados de modo a garantir o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A complexidade da tarefa de integralidade assistencial decorre da necessidade de se tomar como ponto de partida as principais características das mudanças desencadeadas com a implantação do SUS no decorrer da década de 1990. A dinâmica descentralizadora demandou novos arranjos organizacionais que envolveram novos atores e contextos locais diversos, sendo responsável por um considerável deslocamento e pulverização do processo decisório e, portanto, pela organização de cenários em APS, conforme a realidade local da população

adstrita. Mas a maior dificuldade é dada, sobretudo, pela compreensão de como tais mudanças geram impactos diversos, quer na reorganização das Secretarias Municipais, quer na estrutura e na composição da rede ou dos sistemas locais, na extensão e na qualidade da assistência e, enfim, nas condições de acesso aos Serviços de Saúde (NEGRI, 2002; BODSTAIN, 2002).

Os autores reiteram que mudanças no desempenho e, portanto, na gestão de programas e projetos de saúde, promovendo uma nova institucionalidade, maior responsabilidade pública e maior participação e controle social são, de fato, indispensáveis para que ocorram impactos positivos na oferta de serviços e nas condições de vida e saúde da população. Isto é, mudanças na cultura e no compromisso com a gestão pública são indicadores importantes, mesmo quando seus efeitos e resultados finais só venham a ocorrer a médio e longo prazo (NEGRI, 1990; MENDES, 2002; BODSTAIN, 2002).

No caso do processo recente da descentralização e da municipalização da saúde, a ênfase deve ser dada nas variáveis explicativas que identifiquem inovações em serviço no contexto da gestão, no compromisso e responsabilidade pública. Estas variáveis quase sempre representam processos aparentemente simples, mas que configuram precondições indispensáveis para mudanças e impactos mais substanciais, como por exemplo, no acesso e na qualidade da oferta de serviços médico-sanitários. Devem-se avaliar resultados diretamente atribuídos ao desempenho dos serviços de saúde e não as taxas de mortalidade em si, isto é, analisar as inovações que nem sempre aparecem refletidas nos clássicos indicadores de saúde da população (PUTNAM, 1996; GIL, 2006).

Bodstain (2002) enfatiza que as características político-institucionais dos municípios com a descentralização têm sido negativamente destacadas: ausência ou fragilidade do corpo técnico burocrático; dependência financeira ao Governo Federal; presença e persistência de arranjos políticos clientelistas; descontinuidade administrativa e dificuldades na contratação e fixação de profissionais mais qualificados nos pequenos municípios ou naqueles mais pobres – porque são variáveis importantes que explicam, indubitavelmente, as restrições e limites da descentralização e as profundas variações no desempenho técnico e político dos gestores locais na prestação de serviços, fundamentalmente, aqueles voltados para educação e saúde.

A descentralização e a gestão participativa foram ligadas a um amplo processo de transição política e de reformulação da Federação Brasileira. Este novo acordo federativo deu mais independência e responsabilidades para os municípios, pois com o repasse de recursos federais também se expandiu e aumentou a fiscalização (FACCHINNI, 2008). Nesse sentido, as novas regras e a reforma administrativa, em todos os níveis de governo com um estatuto aprovado pelo MS destinado à redefinição de responsabilidades, incluem o cuidado por quota

primária: um montante por pessoa que o MS transfere para os municípios com a finalidade de financiar os cuidados de saúde primários.

Para gerenciar as políticas descentralizadas, quadros para tomada de decisão do governo foram ampliados em conjunto com a participação social e com a construção de alianças entre as partes interessadas (PAIM et al., 2011). Mas, nas conferências nacionais de saúde, uma estrutura inovadora foi institucionalizada através da criação de conselhos de saúde e comitês, tanto nos níveis do Estado (bipartido) e Federais (Tripartite). Estas estruturas políticas eram inovações na governança brasileira porque permitiram a maior número de interessados participar do processo de tomada de decisão, deliberando áreas de definição de responsabilidade institucional, garantindo a cada nível de governo apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde (PAIM et al., 2011).

A complexidade do cenário da saúde vem da necessidade de se incluir nos quadros analíticos tanto variáveis contextuais e explicativas mais gerais do processo político da descentralização, quanto aqueles mais sensíveis ao conjunto de mudanças intrínsecas à administração e à complexidade do setor, como mudanças e inovações importantes na organização da assistência, na produtividade dos serviços e na mudança do modelo assistencial. Além disso, reforçam os autores, no caso da saúde, os princípios do SUS (equidade, integralidade e universalidade) devem ser traduzidos em categorias mais operativas. Os autores também reforçam que se deve acentuar a importância da sociedade moderna de reinventar e ampliar espaços de diálogo político, de negociação e de consenso a partir dos interesses e contextos locais (GIL, 2006; PAIM, 2011).

Contudo, a descentralização, em permanente déficit de democracia e de responsabilidade com a gestão pública, embora sob o risco de ser encapsulada no circuito do clientelismo/assistencialismo de viés populista, constitui pré-requisito para o fortalecimento da cidadania e do controle social. No caso da política de saúde e de implantação do SUS, um aspecto crucial, sem dúvida, foi a criação dos Conselhos de Saúde nas diversas instâncias de gestão do sistema, indicando uma nova institucionalidade e a ampliação do espaço e da agenda pública (BODSTEIN, 2002; GIL, 2006; PAIM, 2011).

O CMS é uma grande oportunidade para a participação social, por constituir pré-requisito para habilitar os municípios na gestão descentralizada, fazendo-se presente em grande parte dos municípios brasileiros. Contudo, se esse processo tem levado a melhor desempenho setorial, maior responsabilização dos gestores públicos, algo que vem sendo avaliado, portanto, merece um maior aprofundamento. Isto é, quanto melhor a capacidade de gestão pública local, melhor poderá ser o funcionamento dos Conselhos. Assim, a virtude



cívica pode florescer e se desenvolver mais facilmente onde os meios institucionais são mais propícios. Quanto maior a capacidade de gestão, de planejamento das atividades e prioridades, de monitoramento e avaliação de seus resultados, maior será o espaço para a participação e o controle social (BODSTEIN, 2002; GIL 2006).

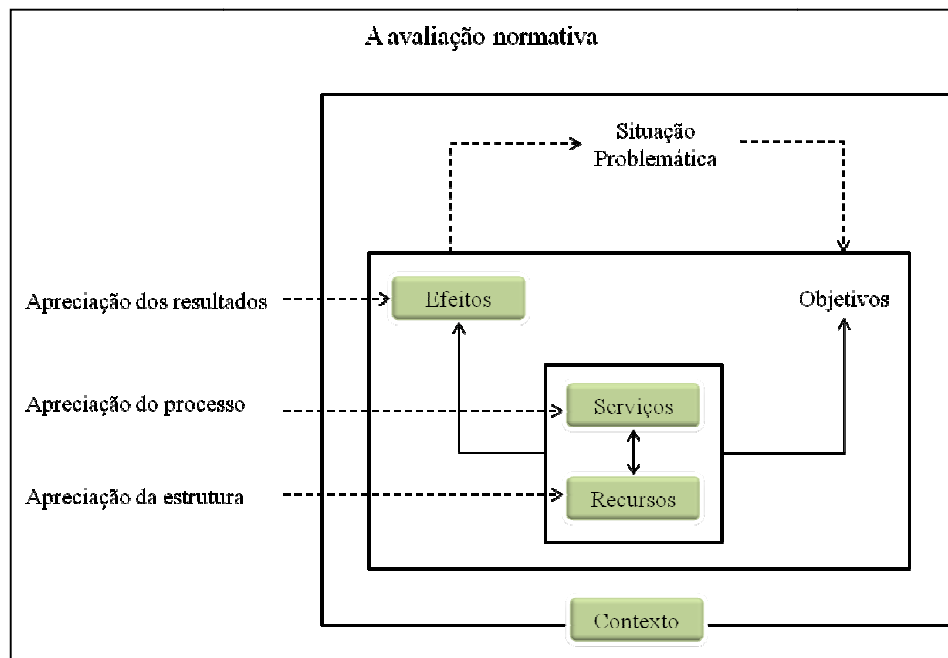
Conforme Giovanella et al. (2002), no Brasil, através da iniciativa do MS em ampliar a APS, a qualidade de inovações tecnológicas assistenciais de integração de serviços revelou a ousadia e a adesão promissora dos gestores municipais às diretrizes da integralidade e da política de regionalização. Segundo o autor, os avaliadores precisam ser proativos nesse processo, resgatando claramente em seu trabalho a “visão ideal” e os princípios do SUS, a fim de influenciar o evoluir das reformas nessa direção, ainda que seja através de modelos experimentais e parciais de integração e/ou da regionalização preconizada na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, 2011). Nessa perspectiva, a integração se alinharia ao conceito ampliado de integralidade como uma ação social resultante da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema (MATTOS, 2000; GIL, 2006).

Identifica-se, portanto, neste estudo que as pessoas nesses sistemas interligados de atenção em saúde, não são receptores passivos de inovações. Diferentes pessoas, em níveis diferentes na organização, buscam inovações de algum modo e a experiência acumulada os ajuda a avaliar os significados para si mesmos, devolvendo sentimentos (positivos ou negativos) sobre eles, desafiando-os a buscar soluções diferentes para atender às tarefas específicas e tentar melhorar ou reprojeta-las, muitas vezes, por meio do diálogo com outros membros das equipes e usuários (GREENHALGH et al., 2005). Mas, Hartz (1997) reforça a ideia de a implantação das mudanças (e, em última análise, o desempenho das organizações) estar ligada à capacidade de adaptação institucional ao meio externo, ou seja:

- a) a capacidade de adaptação é dependente da interação entre os objetivos organizacionais e os dos atores que nela estão implicados;
- b) os atributos de natureza paradoxal, como a formação geral e especializada de recursos humanos ou uma prática funcional autônoma, mas respeitando os princípios institucionais e normativos, favorecem esta harmonização de interesses entre atores-organização.

Demonstra-se, na Figura 7, a avaliação normativa frente a uma situação problemática e a importância de se entender o contexto do problema, da estrutura, dos processos e dos resultados.

Figura 7 – Ação normativa



Fonte: Clemehacen e Champagne (1986).

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas. Para se compreender a articulação entre a estrutura, processos e resultados o MS organizou o Sistema Público de Saúde instituindo as Redes de Atenção à Saúde (RAS); as quais, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, representam um processo fundamental na reforma setorial, sendo fortemente dependente da capacidade de gestão. As variações no desempenho gerencial explicam, em grande parte, as variações em termos de resultados das inovações implementadas e os impactos na saúde da população (BODSTEIN, 2002; GIL, 2006; BRASIL, 2011).

Segundo Lavras (2001) e Mendes (2011) e as RAS configuram-se em desenhos institucionais que combinam elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Assim, os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde configuram-se como “redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”.

Dessa forma, as inovações e os resultados alcançados têm de ser avaliados dentro do contexto de mudanças mais gerais decorrentes do papel indutor do nível central (Governo) e da capacidade de resposta e de adequação dos municípios na gestão e prestação de serviços e

atividades relacionadas a este nível de atenção (BODSTEIN, 2002; PAIM et al, 2011). Porém, a ausência de recursos humanos em saúde com capacitação técnica adequada, com salários e condições de trabalho atrativo, aliada à falta de equipamentos médicos, mesmo os mais simples, constitui, ainda hoje, uma realidade para a esmagadora maioria dos municípios brasileiros, sendo um grande obstáculo ao bom desempenho da gestão municipal (BODSTEIN, 2002; PAIM, 2011; MENDES, 2011).

Esta realidade e a sua relação com a APS remetem ao propósito desse estudo em avaliar as inovações que emergem e os processos de trabalho das unidades de saúde ligadas à APS, buscando entender o contexto de atuação e a forma como as forças externas e internas se articulam para que as inovações em serviços de saúde ocorram e a orientação em APS, além das relações estabelecidas entre as instituições desse sistema de saúde. Portanto, este trabalho necessita aprofundar o conhecimento da realidade atual em APS.

Na legislação brasileira a APS está alicerçada em alguns fundamentos e diretrizes que importa compreender, pois baseiam as análises e interpretações realizadas nesse estudo (BRASIL, 2011):

- I. ter território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;
- II. possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do Serviço de Saúde, partindo do princípio de a unidade de saúde precisar receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

Nesse sentido, o Serviço de Saúde deve organizar-se para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de diminuir danos e os sofrimentos desta ou, ainda, se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede, porque a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e

resolutividade são fundamentais para efetivar a atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção:

- III. adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2011).

- IV – Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia do SUS, dos usuários e das coletividades; assim trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe.

Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;

- V. estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e a das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na

organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2011).

A Constituição Federal de 1988 contemplou a essência das propostas dessa mobilização de atenção, considerando:

- a) a saúde como direito de todos e dever do Estado, por intermédio de formulação de políticas sociais e econômicas que assegurem universalização do acesso, equidade, atendimento integral e controle social; e,
- b) a estruturação dos serviços de saúde em um sistema único, com comando único em cada esfera de governo, com regionalização e hierarquização dos serviços e com participação do setor privado em caráter complementar.

Em resumo, a promoção da saúde e o tratamento efetivo das enfermidades não dependem apenas da aplicação qualificada pelos profissionais de condutas bem embasadas. A estrutura e o funcionamento do sistema de saúde onde as equipes de saúde atuam também determinam os resultados alcançados (DUNCAN, 2013). Assim, a partir do contexto ofertado em saúde, pode-se aferir a qualidade assistencial praticada, pois não há como dissociar o ambiente de análise das práticas que o circunscrevem, ou seja, a qualidade percebida/sentida pelos usuários desse serviço. A seção 2.6.1 amplia o entendimento sobre qualidade assistencial.

### **2.6.1 A qualidade assistencial na perspectiva de Donabedian (1990, 1992)**

Avedis Donabedian surgiu na década de 60 e sistematizou o conhecimento sobre a qualidade, propondo a normalização de conceitos e a nomenclatura em um “modelo unificado” baseado em três componentes do cuidado em saúde: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1992).

O componente estrutura corresponde às características relativamente alocadas e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.

O componente processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos e os cuidados prestados.

O componente resultado corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos usuários, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador, ligada ao recebimento e à prestação dos cuidados, respectivamente (DONABEDIAN, 1992). O autor estabeleceu sete pilares que delimitavam a eficácia e a efetividade das ações praticadas em saúde, nesse sentido (Donabedian, 2009), faz-se necessário esclarecer:

- a) eficácia: o resultado do cuidado obtido na melhor situação possível;
- b) efetividade: o resultado do cuidado obtido na situação real;
- c) eficiência: inclui o conceito de custo. Se duas medidas são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;
- d) aceitabilidade: o quanto o cuidado se adapta aos desejos, expectativas e valores dos usuários;
- e) legitimidade: a aceitabilidade do ponto de vista da sociedade ou comunidade;
- f) otimidade: o cuidado relativizado quanto ao custo (do ponto de vista do paciente);
- g) equidade: o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios.

Nessa linha de pensamento de qualidade em saúde, esta Tese baseou-se em estrutura e processo Donabedian (1992) para delimitar a investigação sobre as inovações geradas/produzidas em: estrutura física, recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, acesso a exames, gestão da UBS e atendimento ao paciente. Dessa forma, procurou-se englobar todo o contexto de trabalho em APS que estivesse relacionado à estrutura aos processos de prestação de cuidados.

Entendendo ser a APS a porta de entrada do sistema de saúde, Starfield (2001) propõe quatro atributos essenciais para o entendimento da funcionalidade da APS: a - primeiro contato; b - longitudinalidade; c - integralidade e coordenação e dois atributos derivados: a orientação familiar e a orientação comunitária. A partir desta definição, podem-se conceituar os quatro atributos essenciais e derivados dos serviços de APS (STARFIELD, 2001):

- a) acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do Serviço de Saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas;

- b) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve refletir-se em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde;
- c) integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o Serviço de Saúde deve oferecer para os usuários receberem atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequada ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros;
- d) coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado no cuidado global do paciente.

O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o usuário recebe através da coordenação entre os serviços. Ademais, a presença de outras duas características chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2001):

- a) atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar;
- b) orientação comunitária: reconhecimento por parte do Serviço de Saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a mesma, sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços. Dessa forma, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados.

No momento em que um Serviço de Saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença desses atributos, por consequência, torna-se capaz de prover atenção integral do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adscrita. Essa definição da atenção

primária à saúde pode, dessa forma, guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS (STARFIELD, 2001).

A identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a APS. Além disso, a identificação empírica dos atributos da APS permite verificar a associação entre esses atributos e os resultados (a efetividade) da atenção sobre a saúde da população. Paralelamente ao aumento da cobertura dos serviços de atenção primária no Brasil através da ESF, evidencia-se, nacional e internacionalmente, uma crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão dos atributos da APS (STARFIELD, 2000, 2001).

O *Primary Care Assessment Tool (PCATOOL)* criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. No mesmo sentido, Campbell, Rolan de Buetow (2000) descrevem o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do Serviço de Saúde. Desse modo, devido à ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS no Brasil, o *PCATOOL* preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS.

No momento em que um Serviço de Saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença desses atributos, ele se torna capaz de prover atenção integral e, se assim o fizer, tem condições de ofertar maior qualidade assistencial para sua comunidade adscrita (BRASIL, 2010). A lógica de estruturação do sistema de saúde brasileiro segue as determinações do MS, no qual a integralidade do cuidado é essencial. Diante desse contexto, as UBS de Pelotas prestam atendimento em APS e são distribuídas geograficamente em territórios definidos (distritos sanitários) com o mesmo objetivo a ser alcançado, visando atender a população adstrita de cada bairro com arranjos institucionais formais e informais e processos de comunicação que permitem a cooperação constante entre elas, como troca de informações, conhecimentos, mão de obra qualificada, medicamentos, materiais, tecnologia etc.

Para se definir a população referente a um distrito sanitário há o cadastramento de todos os moradores, assim como sua caracterização demográfica, social e epidemiológica. O processo de territorialização é baseado em parâmetros espaciais e temporais. A configuração territorial ideal deve incluir um espaço bem definido e gerenciável, onde as necessidades de



saúde possam ser regularmente definidas e os serviços de saúde racionalmente planejados e monitorados (MENDES, 2002, 2007).

A lógica de trabalho das unidades contempla a cooperação, a comunicação constante e a competição não é evidenciada nem explorada como em empresas de outros segmentos, como na manufatura. O enfoque recai sobre a qualidade dos serviços prestados à população e os indicadores epidemiológicos, respeitando as especificidades locais (MENDES, 2007). No sistema organizativo das unidades funcionais, elas são gerenciadas/supervisionadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade, CMS e Universidades com as quais mantêm vínculos formais de relacionamento.

As UBS de Pelotas desenvolvem atividades de natureza e procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, interagindo por meio de sistemas de informações comuns e sistema logístico de apoio na entrega de materiais e medicamentos, existindo supervisão efetiva do trabalho realizado pelos Gerentes Distritais e/ou pela Gestão Central da SMS que buscam garantir a integridade do cuidado, dando suporte às atividades desenvolvidas (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS, 2014).

Este modelo faz-se necessário para enfrentar-se a insuficiência de recursos orçamentários destinados ao SUS. Existe um contínuo entre os sistemas de informação que ligam os usuários, prestadores e estruturas organizacionais para alinhar a governança, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de alcançar os objetivos propostos (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS, 2014).

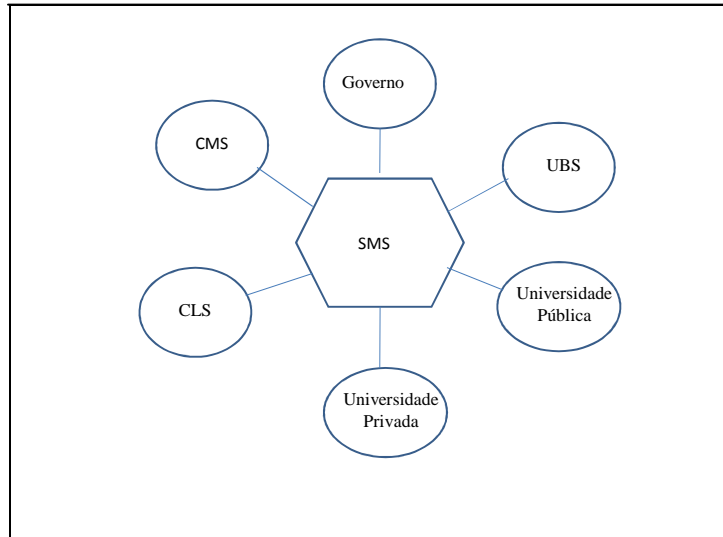
A gestão é compartilhada entre a SMS e os responsáveis/gestores das UBS, existindo procedimentos administrativos a serem seguidos, estabelecidos conforme a legislação e normas operacionais básicas. No entanto, há certa flexibilidade para a organização formal e informal do serviço in loco (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS, 2014). Pelotas tem 50 UBS, sendo sete delas pertencentes às Universidades locais, uma pública e outra privada, integrantes do sistema de saúde há várias décadas. Ambas atuam em parceria e sintonia com o Plano Municipal de Saúde e as demais UBS com vínculo exclusivo ao SUS.

A governança, comunicação, cooperação e aprendizado são compartilhados entre as unidades, principalmente pela proximidade com a Academia, um dos pilares da inovação. Essa forma de organização permite haver um ambiente favorável à inovação e à troca de experiências de sucesso entre os participantes.

A Figura 8 demonstra a organização da SMS em relação às demais unidades constituintes interligadas no nível primário de atenção. As relações estabelecidas no estudo

são complexas, multilaterais, interdependentes e hierarquizadas, pois se inter-relacionam a todo o momento.

Figura 8 – Relacionamento da SMS em APS



Fonte: elaboração própria (2015).

A seção 2.7 apresenta a conclusão do capítulo.

## 2.7 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

Esta Tese buscou sustentação teórica sobre a inovação e a inovação em serviços, e APS, para respaldar a discussão sobre os processos estabelecidos e as possíveis relações entre pessoas/variáveis/recursos que estão associadas a gerar inovação em serviços no contexto da APS de Pelotas. Pretende-se, nesse estudo, caracterizar a APS, sua forma de organização e gestão, os processos realizados para fomentar a inovação de acordo com o modelo de Sundbo e Gallouj (1998), sua orientação em APS baseada no *PCATOOOL* validado por Starfield (2001) e Brasil (2010) e as inovações geradas/produzidas nas dimensões produto, processo, *marketing* e organizacional por essas unidades constituintes interligadas com base no Manual de Oslo (2005), analisadas nas perspectivas: estrutura, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, exames, gestão e atendimento ao usuário (DONABEDIAN, 1992). Entende-se ser uma oportunidade compreender como os procedimentos organizacionais podem levar a uma representação do processo de inovação em serviços na APS e verificar se as inovações e a orientação em APS estão positivamente relacionadas.

Pelotas é a porta de entrada em saúde no Extremo Sul do Estado do Rio Grande do Sul, atendendo a 30 municípios que referenciam seus pacientes para tratamento e reabilitação. Além disso, possui o terceiro maior orçamento em saúde local. A relevância deste estudo está em compreender a articulação entre as forças internas e externas para inovar em serviço em APS e o ineditismo consiste em criar uma representação desse processo. Assim, os resultados podem alavancar as discussões do processo de inovação em Serviços Públicos de Saúde no Brasil e servir de base para a análise do Sistema Municipal de Saúde de Pelotas. Também poderão ser utilizados para comparações com outros estudos a nível nacional e local sobre o tema (PROESF, 2006; NODARI, 2012; CASTRO, 2012), em virtude da similaridade na organização da APS em todo o território brasileiro, resguardadas as especificidades de cada região.

### 3 MÉTODO

Nessa seção explica-se o método de pesquisa escolhido para essa Tese.

#### 3.1 DELINEAMENTO

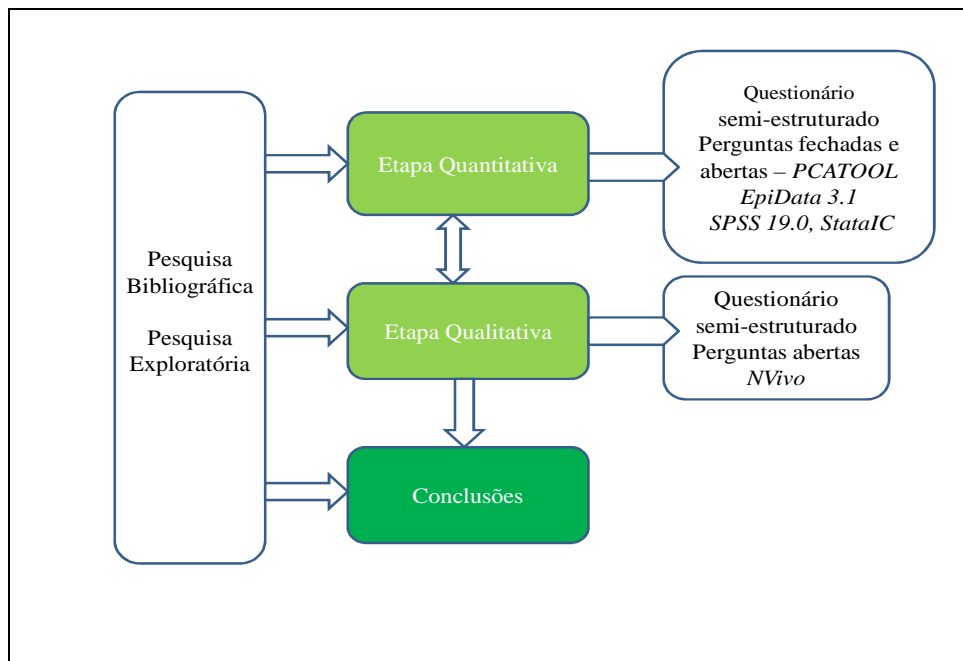
O delineamento metodológico dessa Tese pretende responder às questões de pesquisa e aos seus objetivos. Consoante a isso, utilizaram-se técnicas de pesquisa em um estudo transversal, com objetivo exploratório e, quanto à natureza, com abordagem quantitativa (descritiva e analítica) e qualitativa.

O método escolhido foi o estudo de casos, o qual permite uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto realístico, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes, e onde múltiplas fontes de evidência podem ser utilizadas (YIN, 1989). Ele busca compreender o “como” e o “por que” sobre os acontecimentos sem interferência no contexto e nos comportamentos dos participantes (YIN, 1989, 2005).

Aplicou-se, como procedimento técnico, uma pesquisa empírica à população de gestores ligados ao sistema de saúde da APS da cidade de Pelotas, com o objetivo de analisar a relação entre as forças internas e externas nas inovações em serviço ocorridas no período de um ano, a fim de não perder o referencial de memória dos entrevistados. O delineamento é um meio de garantir relações válidas de causa e efeito entre as variáveis em estudo, permitindo a sua complementaridade (SUSSER e SUSSER, 1996).

A Figura 9 demonstra a estrutura metodológica para a elaboração dessa Tese.

Figura 9 – Estrutura metodológica da Tese



Fonte: elaboração própria (2015).

### 3.1.1 Pesquisa exploratória

A pesquisa exploratória permitiu maior familiaridade ao problema com vistas a torná-lo mais explícito. Seu planejamento é flexível, de modo a possibilitar a consideração dos mais variados aspectos relativo ao fato estudado (GIL, 2002). No intuito de identificar padrões e ideias quanto à trajetória institucional, buscou-se relatar as tendências gerais de evolução das regulamentações e das políticas públicas que fomentam a inovação. Assim, envolveu o levantamento documental sobre o tema em fontes secundárias cujos resultados embasaram as discussões teóricas das relações estudadas. Os principais documentos selecionados na pesquisa exploratória foram reunidos e apresenta-se no quadro 3.

Quadro 3 – Documentos da pesquisa exploratória

Ano	Autor	Documentos utilizados
1964	OPAS	Informe sobre el futuro de los servicios de salud y afines
1978	OPAS	Declaração de Alma-Ata
1979	ONU	Diretrizes para Coleta e Interpretação de Dados sobre Inovação
1988	Constituição	Constituição da República Federativa do Brasil
1990	MS Lei 8080	Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
1992	OPAS	Declaração de Alma-Ata
1997	MS	Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial
1997	MS Portaria n. 1886	Portaria 1886 - Refere-se à Descentralização de Recursos Financeiros para a Saúde
2000	OMS	The world health report 2000: health systems, improving performance
2001	MS Portaria n. 95	Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso
2001	MS	Guia Prático do PSF
2002	MS Portaria n. 2048	Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência
2002	Institucionais	Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”
2005	OECD	Diretrizes para Coleta e Interpretação de Dados sobre Inovação
2006	CNES	Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Brasília
2006	MS	Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados
2006	CONASS	CONASS Documenta
2007	QualiSUS	Projeto QUALISUS: firmado entre a organização das nações unidas para a educação, a ciência e a cultura – Unesco
2008	CONASS	CONASS Documenta
2008	MS Portaria n. 154	Portaria 154 – Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)
2009	MS Portaria n. 2.372	Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família
2010	MS	Manual do instrumento de avaliação de atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool <i>PCATool</i>
2011	MS Portaria n. 2.488	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde
2011	Fiocruz	Relatório de atividades: 2010
2012	IBGE	Pesquisa de Inovação Tecnológica – PINTEC
2012	MS Portaria n. 978	Portaria 978 – Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica
2013	MS Portaria n. 1438	Portaria 1438 - Habilita Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)
2014	IBGE	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
2014	SMS	Plano Municipal de Saúde
2015	MS SIOPS	Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS)
2015	CMSPEL	Regimento interno de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde
2015	Portal Brasil	Portal Brasil – Governo Federal

Fonte: elaboração própria (2015).

Esta forma de análise também prevê a realização de entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 1999, 2002). Tais dados permitiram caracterizar o ambiente de trabalho da APS de Pelotas e contextualizá-los.

### 3.1.2 Pesquisa quantitativa

A pesquisa empírica, de campo foi realizada através da aplicação de questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, construídas com base no Manual de Oslo (2005), nas questões que versam sobre inovação de produto, processo, *marketing* e organizacional e em sete perspectivas: 1 - estrutura; 2 - recursos humanos; 3 - equipamentos; 4 - medicamentos e materiais; 5 - exames; 6 - gestão; 7 - atendimento ao usuário; além de outras ligadas à caracterização dos gestores e da organização/relação da UBS com outros serviços ou instituições.

A parte descritiva teve, como principal objetivo, apresentar as características da população estudada com a possibilidade de estabelecer relações entre as variáveis (GIL, 1999). Descrever significa identificar, relatar, comparar, entre outros aspectos. O pesquisador, nesse sentido, interpreta os dados, analisa, mas não exerce influência sobre eles. Dessa forma, exige uma delimitação precisa de técnicas para descrever aspectos ou comportamentos de uma determinada população analisada, complementando, dessa forma, os estudos exploratórios (TRIVINOS, 1997).

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas. Esse método permite utilizar diferentes métodos nesse tipo de pesquisa, como entrevistas pessoais, entrevistas por telefone, questionários pelo correio, questionários pessoais e observação. Em síntese, a pesquisa descritiva, em suas diversas formas, trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade.

Os principais aspectos selecionados para compor a pesquisa descritiva nesse estudo estão descritas no quadro 4.

Quadro 4 – Aspectos da pesquisa descritiva

Caracterização dos gestores e a forma de gestão da unidade básica de saúde, sua estrutura, e a existência de controle social
Contextualização do sistema de saúde do município sob análise
Demonstração da forma organizacional instituída em gestão
Descrição dos modelos de atenção
Descrição dos processos realizados para inovar

Fonte: elaboração própria (2015).

A parte analítica amplia as conclusões da pesquisa descritiva ao analisar e explicar a associação entre as variáveis estudadas, estabelecendo relações causais entre os elementos que a constituem.

### **3.1.3 Pesquisa qualitativa**

A etapa qualitativa teve por objetivo complementar os resultados obtidos da análise quantitativa e responder aos questionamentos que não podem ser quantificados. As questões abertas do questionário permitiram analisar as relações entre as forças internas e externas e representar o processo de inovação em APS. A obtenção de informações estruturadas sobre a inovação em sete perspectivas enriqueceu o delineamento do estudo. Contudo, a inclusão dessas questões também serviu para a complementaridade das análises estatísticas que predominam na abordagem das Ciências Sociais Aplicadas (MINAYO, 2012). Para a realização da análise qualitativa desta Tese, foi utilizado o software *NVivo* 3.1, no qual foram digitados os dados trabalhados previamente sobre o discurso dos entrevistados na ótica da análise de conteúdo (BARDIN, 2009).

Na realização desta abordagem de pesquisa aplicada à população de gestores na APS de Pelotas, segundo Minayo (2012), primeiro é preciso conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, é levar em conta a singularidade do indivíduo, porque a sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (MINAYO, 2012).

Ainda segundo essa autora, tanto na observação como na interlocução com os atores, o investigador é um ator ativo que indaga, interpreta e desenvolve um olhar crítico. Portanto, para construir a tipificação do material recolhido no campo, é necessário fazer a transição entre a parte empírica e a elaboração teórica. O processo de tipificação é mais denso e intenso que o exercício de ordenação, mas tem a mesma finalidade: apropriação da riqueza de informações do campo, objetivando a sua interpretação (MINAYO, 2012).

A pesquisa qualitativa foi aplicada aos 62 entrevistados que estão ligados à APS de Pelotas: 11 gestores da SMS (Secretária da Saúde do município, Superintendente de Ações em Saúde e nove Gerentes Distritais); Presidente do CMS e 50 responsáveis/gestores das UBS. Nessa análise procurou-se caracterizar o ambiente de estudo, os profissionais da área, o Sistema de Saúde do Município e descrever os processos que levaram a inovar em produto,



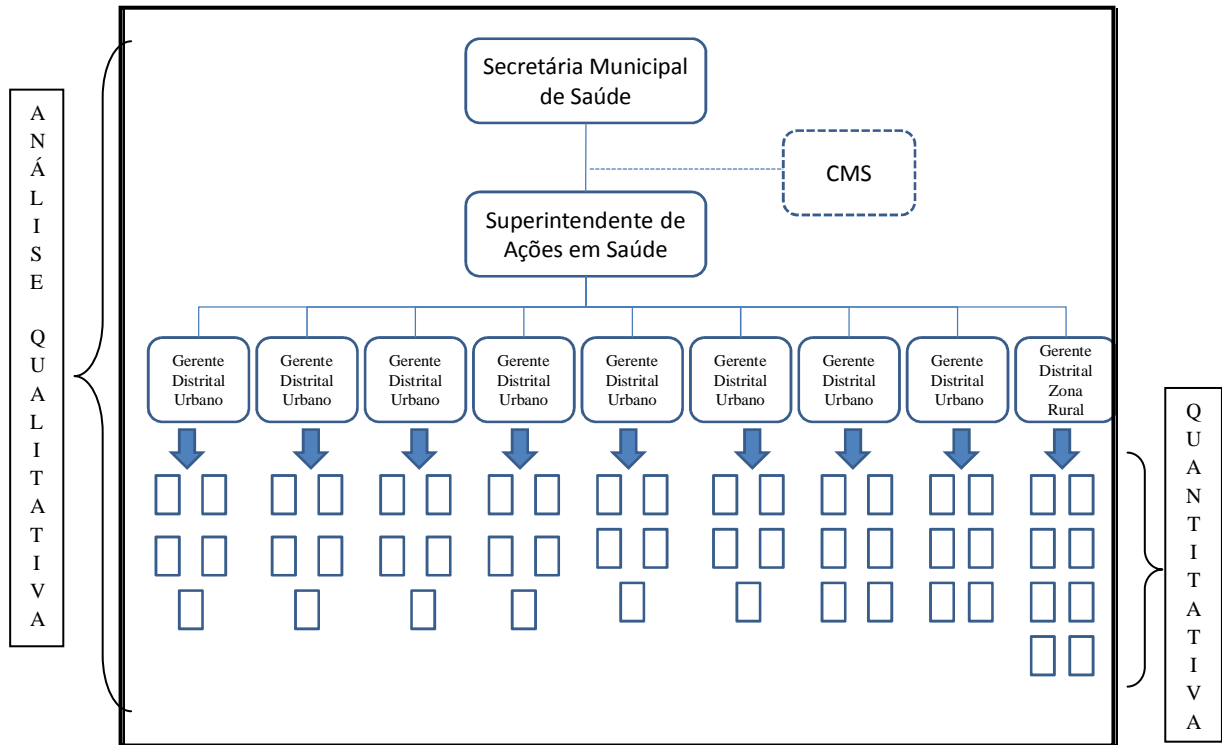
processo, organizacional e *marketing* nas perspectivas: estrutura, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, exames, gestão e atendimento ao usuário.

A abordagem qualitativa está contida nos Blocos, 1, 2, 3 e 4 (Apêndice 1) e Bloco 5 (Apêndice 2) com questões semiestruturadas, perguntas abertas que permitiram ao entrevistado amplitude de resposta e maior profundidade na descrição dos processos que são realizados pelos atores envolvidos em APS para a geração das inovações em serviço em APS. A compreensão que foi apropriada no processo de teorização pelo estado da arte sobre o tema tratado aprofunda a visão e dá origem às categorias empíricas ou unidades de sentido que, nessa Tese, foram organizadas de acordo com os pressupostos teóricos de Bardin (2009).

### 3.2 POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo do estudo foi composta pela Secretária da Saúde, Superintendente das Ações em Saúde, Presidente do CMS, nove Gerentes Distritais e 50 responsáveis/gestores das UBS da APS do município. Foram realizadas 62 entrevistas ao todo, Figura 10.

Figura 10 – População do estudo



Fonte: elaboração própria (2015).

### 3.3 QUADRO DE VARIÁVEIS

O Quadro 5 explica as variáveis utilizadas na Tese de acordo com as forças que dirigem o processo de inovação e demonstra os instrumentos utilizados para a investigação, amparados nos principais autores de base do referencial teórico.

Quadro 5 – Descrição das variáveis

Forças internas	Conceitos base	Instrumentos	Autores
<b>Gestão da SMS</b>	Gestão municipal e gestão central da SMS, que planeja e organiza os processos em APS, que podem favorecer ou levar à inovação. Administram alguns facilitadores da inovação como: recursos financeiros Federais, Estaduais e Municipais, participam no planejamento de ações em saúde pública; discutem e defendem a aprovação de Projetos no CMS; garantem a participação popular no CMS; promovem treinamentos com as equipes das UBS; decidem sobre as mudanças e/ou alterações na equipe de trabalho da UBS; ouvem os usuários e o CLS.	Entrevista qualitativa (Bardin, 2009).	Mendes (2007), Bodstein (2002), Greenhalgh (2005), Campos (1997), Drucker (1981), Hartz (2004), Silveira (2012), Mendes (2007), Paim (2007), Hauknes (1998), Gallouj (1994), Rogers (1995).
<b>Responsáveis/gestores da UBS</b>	Atores que estão ligados à APS, nas UBS, no desenvolvimento e criação da inovação, implantação de novas tecnologias e/ou processos, novas formas de organizar/fazer/utilizar o que já existe.	Entrevista qualitativa e quantitativa através de questionário semiestruturado (Manual de Oslo, 2005), ( <i>PCATOOL</i> , 2010).	Hauknes (1998), Sundbo, Gallouj (1998), Gadrey, (1998), Campos (1997), Drucker (1981), Salhani, Shea (1994).
<b>Modelo de atenção</b>	Modelo de atenção à saúde é a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologia (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir em problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. As UBS em APS podem atuar sob a forma de dois modelos, o Tradicional com a prestação de serviços de saúde de forma geral, com centralização de cuidados, normalmente, na UBS e o da ESF, que visa à reorganização da assistência em APS, com o foco na família e na população adscrita.	Entrevista através de questionário semiestruturado (Manual de Oslo, 2005).	Scherer (2005), Paim (1999), Mendes(1996), Brasil (2011).
<b>Inovação</b>	<p><b>Inovação de produto:</b> uma inovação de produto é a introdução de um bem ou serviço novo ou significativamente melhorado no que concerne a suas características ou usos previstos. Incluem-se melhoramentos significativos em especificações técnicas, componentes e materiais, softwares incorporados ou outras características funcionais;</p> <p><b>Inovação de processo:</b> formas de operação tecnologicamente novas ou substancialmente aprimoradas, obtidas pela introdução de novas tecnologias de produção, métodos novos ou aprimorados;</p> <p><b>Inovação de marketing:</b> mudanças no contexto em que os produtos ou serviços são introduzidos no ambiente de saúde;</p> <p><b>Inovação organizacional ou gerencial:</b> mudanças que ocorrem na estrutura gerencial da unidade, na forma de articulação entre suas diferentes áreas, na especialização dos trabalhadores, no relacionamento com fornecedores e clientes e nas múltiplas técnicas de organização dos processos de trabalho.</p> <p>Continua</p>	Entrevista através de questionário semiestruturado (Manual de Oslo, 2005).	Schunpeter (1934), Manual de Oslo (1995), Gallouj (1994), Hauknes (1998), Rubalcaba (2012), Sundbo, Gallouj (1998), Van der Aa (1993), Windrun Garcia Goni (2008), Rogers (1995).

Forças externas	Conceitos base	Instrumentos	Autores
<b>Trajatória Institucional</b>	Políticas públicas do MS para APS.	Análise documental sobre a Política Nacional de Atenção Básica, Políticas de Promoção da Saúde, Descentralização de Recursos Financeiros.	MS, OPS, Brasil, Portarias: 2488, 8080, 2371, 1886.
<b>UBS</b>	Importante no processo de inovação em APS é o ambiente/estrutura, onde novas ideias são projetadas, novas tecnologias são implantadas e formas diferentes de fazer as coisas emergem através da participação dos funcionários e da coparticipação dos usuários, no processo de inovação.	Entrevista através de questionário semiestruturado (Manual de Oslo, 2005), ( <i>PCATOOL</i> , 2010).	Alma ATA (1978), Mendes (2007), Bodstein (2002), Greenhalgh (2005), Campos (1997), Drucker (1981), Hartz (2004), Silveira (2012), Mendes (2007), Paim (2007).
<b>CMS</b>	Participação social efetiva e indiretamente para as inovações, através da aprovação dos Projetos, programas e financiamento do sistema local de saúde, participação da comunidade na discussão e aprovação de todos os Projetos; atuando também como regulador e fiscalizador das ações praticadas pela SMS e UBS.	Entrevista qualitativa (Bardin, 2009), Análise documental como lei 8142 sobre a participação da comunidade na gestão do SUS; Resolução 333 sobre as Diretrizes dos CMS; Lei municipal 4.554 que constitui o CMS de Pelotas. Documentos de aprovação de Projetos, liberação de verbas e equipamentos para a APS.	Brasil Portarias 8142, Resolução 333, Lei municipal 4.554. Greenhalgh (2005), Bodstein (2002), Mendes (2007).
<b>Orientação em APS</b>	Um Serviço de Saúde orientado é capaz de prover atenção integral do ponto de vista biopsicossocial à comunidade adscrita. Apresenta os seguintes atributos: <b>Acesso:</b> acessibilidade da unidade, acesso à atenção, uso da unidade como local de primeiro contato; <b>Longitudinalidade:</b> definição da população eletiva, conhecimento do usuário e do seu meio social, extensão e força da relação com os usuários; <b>Coordenação:</b> mecanismos para continuidade, reconhecimento de informações e consultas prévias e de encaminhamento; <b>Integralidade:</b> espectro de serviços disponíveis, atividades preventivas primárias e secundárias, reconhecimento e manejo dos problemas de saúde; <b>Orientação familiar:</b> conhecimento dos membros da família e dos problemas de saúde; <b>Orientação comunitária:</b> conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, participação nas atividades comunitárias.	<i>PCATOOL</i> Brasil (2010).	Starfield (2001), Donabedian (1966), Mendes (2007), Harzheim (2006), Duncan (2006).

Fonte: elaboração própria (2015).

O Quadro 6 sistematiza as variáveis independentes do estudo quantitativo que foram utilizadas para avaliar a associação com o desfecho “Orientação em APS”, conforme seu nível hierárquico (Figura 12, p. 95), sua definição e tipo de variável.

Quadro 6 – Variáveis independentes por nível hierárquico de determinação

Nível/variável	Definição	Tipo de variável
<b>Nível 1</b>		
Sexo do responsável/gestor da UBS*	Masculino Feminino	Catégorica nominal
Idade	Idade em anos completos	Numérica discreta
Profissão	Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Odontólogo, Nutricionista, Psicólogo, Outro	Catégorica nominal
Especialização na área de saúde	Não Sim	Catégorica dicotômica
Tipo de vínculo de trabalho	Estatutário, CLT, Cooperativa, Contrato Temporário, Outro	Catégorica nominal
Localização geográfica	Urbana Rural	Catégorica nominal
Modelo de atenção	Tradicional ESF	Catégorica nominal
Dimensão da estrutura	Em m <sup>2</sup>	Numérica contínua
Existência de área geográfica da abrangência definida	Não Sim	Catégorica dicotômica
Existência de mapa da área de abrangência	Não Sim	Catégorica dicotômica
População da área de abrangência	Em número de habitantes	Numérica discreta
Vínculo com ensino.	Não Sim	Catégorica dicotômica
Existência de conselho local de saúde	Não Sim	Catégorica dicotômica
<b>Nível 2</b>		
Introdução de inovações de produto, processo, marketing e organizacionais no último ano	Não Sim	Catégorica dicotômica
Existência de supervisão das atividades da equipe de saúde da UBS	Não Sim	Catégorica dicotômica
Existência de planejamento de ações	Não Sim	Catégorica dicotômica
Existência de organização formal	Não Sim	Catégorica dicotômica
Grau de satisfação da equipe quanto à relação da UBS com os demais serviços e/ou instituições do sistema de saúde.	Escala <i>Likert</i> numérica de zero a dez	Numérica discreta

Fonte: elaboração própria (2015).

### 3.4 DEFINIÇÕES DOS DESFECHOS

A seguir estão apresentadas as definições dos desfechos da Tese.

#### 3.4.1 Orientação em APS

O desfecho dicotômico “Orientação em APS” das UBS da APS de Pelotas foi definido através do instrumento *PCATOOL* versão profissionais (BRASIL, 2010). O *PCATOOL* é composto por 77 itens divididos em oito componentes que compõe os atributos da APS:

- a) acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por nove itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9);
- b) Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13);
- c) coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por seis itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6);
- d) coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por três itens (D1, D2 e D3);
- e) integralidade – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22);
- f) integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15).
- g) orientação familiar (G). Constituído por três itens (G1, G2 e G3).
- h) orientação comunitária (H). Constituído por seis itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

No cálculo dos escores para o *PCATOOL*, as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/ não lembro” (valor = 0).

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente.

**Inversão dos Valores:** o item A9 foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, este item teve o seu valor invertido para: (valor 4 = 1), (valor 3 = 2), (valor 2 = 3) e (valor 1 = 4).

**Acesso de primeiro contato – acessibilidade (A):** Itens = A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9. Após inversão dos valores deste item, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore Acesso} = (A1 + A2 + A3 + A4 + A5 + A6 + A7 + A8 + A9) / 9$ .

**Longitudinalidade (B):** Itens = B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13. O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (B1 + B2 + B3 + B4 + B5 + B6 + B7 + B8 + B9 + B10 + B11 + B12 + B13) / 13$

**Coordenação – integração de cuidados (C):** Itens = C1, C2, C3, C4, C5 e C6. O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$

**Coordenação – sistema de informações (D):** Itens = D1, D2 e D3. O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (D1 + D2 + D3) / 3$

**Integralidade:** O atributo é formado por dois componentes:

**a) serviços disponíveis (E):** Itens = E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22. O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (E1 + E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7 + E8 + E9 + E10 + E11 + E12 + E13 + E14 + E15 + E16 + E17 + E18 + E19 + E20 + E21 + E22) / 22$

**b) serviços prestados (F):** Itens = F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15. O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio de acordo com as faixas etárias que o profissional de saúde atende.  $\text{Escore} = (F1 + F2 + F3 + F4 + F5 + F6 + F7 + F8 + F9 + F10 + F11 + F12 + F13 + F14 + F15) / 15$

**Orientação familiar (G):** Itens = G1, G2 e G3. O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (G1 + G2 + G3) / 3$

**Orientação comunitária (H):** Itens: H1, H2, H3, H4, H5 e H6. O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6) / 6$

Para transformar os escores, usa-se a fórmula:  $(\text{Escore obtido} - 1) \times 10/3$ .

Para obter o escore essencial, é feita a soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes.

**Escore Essencial:**  $(A + B + C + D + E + F) / 6$

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais aos componentes que pertencem aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes.

**Escore Geral:**  $(A + B + C + D + E + F) + (G + H) / 8$

A média dos valores do *PCATool* dará o escore geral da orientação do serviço para APS. Este escore será classificado como alto se maior ou igual a 6,6 ou baixo escore se menor, com base no referencial teórico de que, se todas as respostas do instrumento fossem “Provavelmente Sim” o escore médio absoluto seria três e padronizado de 6,6.

Para este estudo, serão consideradas as UBS que tiverem o **escore de 6,6, ou maior**, como unidades com orientação em APS e possibilidade de ofertar qualidade assistencial aos seus usuários.

### 3.4.2 Representação do processo de inovação em APS

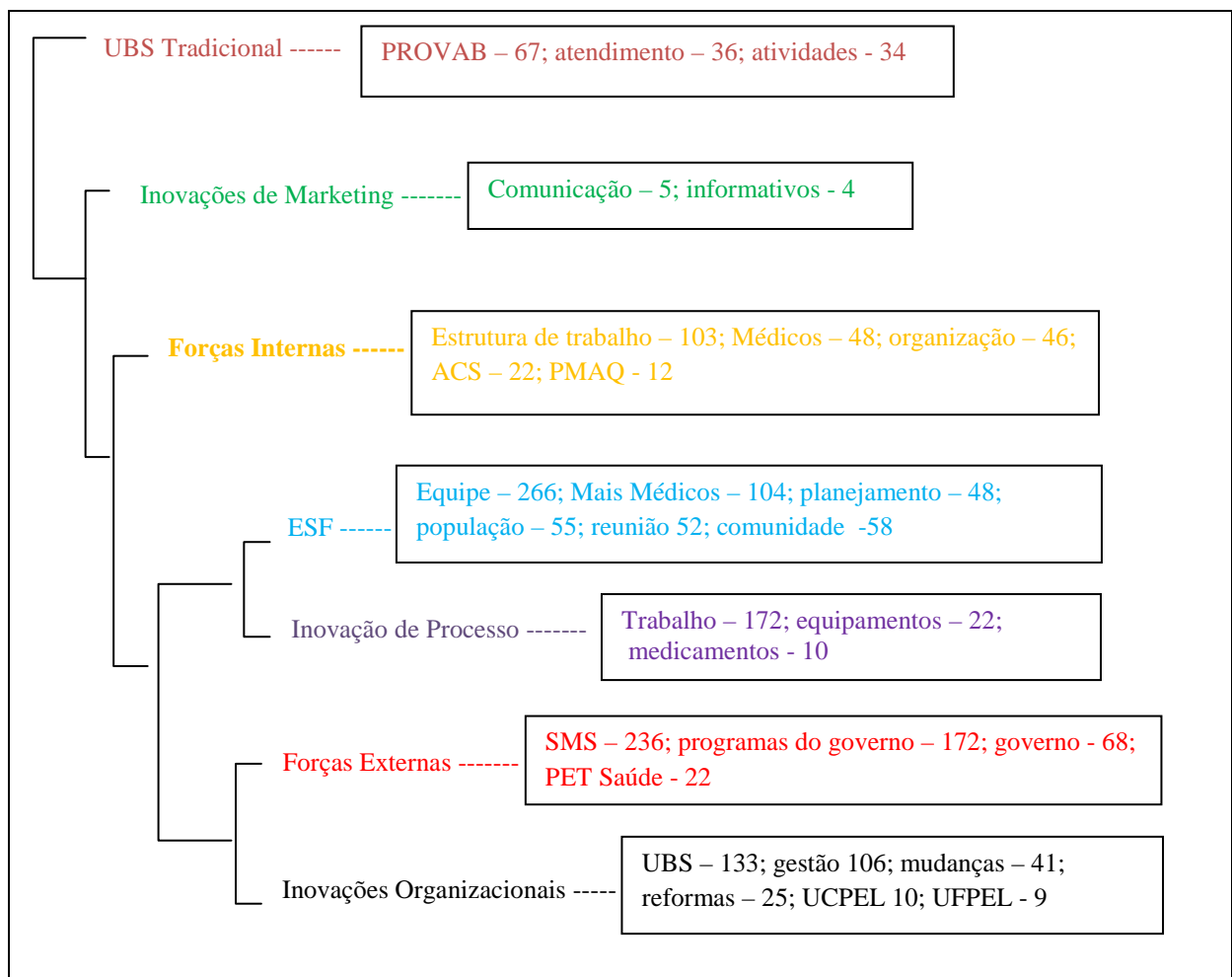
Para representar o processo de inovação em APS, primeiramente buscou-se compreender que um processo é um grupo de atividades realizadas em uma determinada sequência lógica, com o objetivo de produzir um resultado com valor de representatividade das ações para um grupo de indivíduos. Nessa Tese utilizou-se o método qualitativo, com a utilização do software *NVivo* 3.1 e as análises preconizadas por Bardin (2009), para a avaliação dos relatos das 62 entrevistas realizadas. Tomou-se por base a frequência de palavras agrupadas nas categorias de análise, conforme evidencia-se pela análise de *Cluster* do *NVivo* 3.1, Figura 11. A frequência dos códigos agrupados, associados às categorias, elenca o grau de importância para a inovação em APS em ordem decrescente. A análise de agrupamento ou *Cluster* é uma técnica exploratória para visualizar padrões nos relatos, agrupando fontes ou categorias que compartilham palavras semelhantes e valores de atributos



similares. Fornecem uma representação gráfica de categorias ou nós para torná-los fáceis ao se observarem as semelhanças e as diferenças nas fontes coletadas.

Nesse estudo, apresenta-se a análise de *Cluster* em um diagrama de ramificação horizontal, Figura 11, no qual itens semelhantes estão agrupados no mesmo ramo. A partir dessa análise, extratificam-se as palavras mais citadas por categoria analítica e tem-se uma análise de dados numéricos para suportar/amparar as análises qualitativas da representação do processo de inovação em serviço na APS de Pelotas, descritas na seção 4.2 desta Tese.

Figura 11 – Análise por *Cluster* das 62 entrevistas



Fonte: *Nvivo* (2015).

### 3.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Ao construir o instrumento de pesquisa da Tese, primeiramente, utilizou-se como base o questionário sobre inovações de produto, processo, *marketing* e organizacional, construído e utilizado por Nodari (2012) e validado pelas Professoras Dra. Maria Emília Camargo e Dra. Janaina Macke da Universidade de Caxias do Sul. Este questionário (Apêndice 1, Bloco 3) foi remodelado de acordo com a investigação proposta e os objetivos do estudo. Dessa forma, as perguntas foram reconstruídas e ampliadas de acordo com o recorte escolhido.

As perguntas introduzidas (novas) buscaram caracterizar o Sistema Municipal de Saúde, os gestores envolvidos com a APS no município, quais inovações foram produzidas sob sete perspectivas (1 - estrutura; 2 - recursos humanos; 3 - equipamentos; 4 - medicamentos e materiais; 5 - exames; 6 - gestão e 7 - atendimento ao usuário), os processos realizados para inovar, os impulsionadores da inovação e avaliar as relações entre os serviços em APS.

A validação do instrumento de pesquisa foi precedida de três momentos:

- a) avaliação do recorte da Tese e a possibilidade da integração de um instrumento de pesquisa já aplicado e validado (questionário aplicado por Nodari, 2012), com a ampliação de perspectivas de análise e questões abertas de acordo com os objetivos deste estudo;
- b) avaliação e validação do questionário remodelado conduzido pelas pesquisadoras Profa. Denise Silva da Silveira (UFPEL) e Cristine Hermann Nodari (UCS) quanto à plausibilidade do instrumento em responder às questões de pesquisa e aos seus objetivos;
- c) estudo piloto com a aplicação do questionário em cinco UBS da cidade de Pelotas e a elaboração de dois artigos e uma apresentação internacional para a confirmação e verificação da validade do instrumento (RASIA; RUBENICH; OLEA, 2013; RASIA; DORION; OLEA, 2014; RASIA; SILVEIRA; OLEA, 2015).

Os questionários foram construídos para caracterizar a APS e os processos para inovar, sendo validados pelas Professoras Dra. Denise Silva Silveira do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas e Dra. Cristine Hermann Nodari da Universidade de Caxias do Sul.

Os blocos um, dois, três e quatro (Apêndice 1), foram aplicados aos responsáveis/gestores que trabalham nas UBS. O bloco cinco (Apêndice 2) foi destinado aos gestores da SMS e ao Presidente do CMS de Pelotas/RS.

O instrumento utilizado para a coleta das variáveis independentes de interesse constituiu-se de quatro Blocos: Bloco 1 - UBS – caracterização do gestor/responsável da unidade básica de saúde; Bloco 2 - UBS – caracterização do serviço e suas relações com outros níveis do sistema de saúde; Bloco 3 - UBS – Implementação de inovações de produto, processo, *marketing* e organizacional nas perspectivas estrutura física, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, exames complementares, gestão e atendimento ao usuário; Bloco 4 - UBS – *PCATool* versão profissionais (Apêndice 1); e, O Bloco 5- características da gestão central e os processos realizados para inovar (Apêndice 2). Os gestores, após o Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 4), responderam ao questionário emiestruturado, padronizado e pré-codificado, contendo questões predominantemente fechadas e abertas nos Blocos 1 ao 3 e fechadas no Bloco 4 (Apêndice 1).

As questões abertas foram tabuladas e posteriormente codificadas. A confirmação da correta classificação das inovações elencadas pelos respondentes nas respectivas dimensões: produto, processo, *marketing* e organizacional deu-se com a apresentação dos dados e a discussão com o Departamento de Ações em Saúde da SMS, realizando os ajustes quando necessário. As entrevistas foram analisadas pelo pesquisador. Após estas etapas, aplicaram-se os questionários de acordo com o Quadro 7.

Quadro 7 – Identificação dos questionários

<b>QUESTIONÁRIOS</b>
<b>APÊNDICE 1 – RESPONSÁVEIS/GESTORES DAS UBS</b>
<b>Bloco 1</b> – UBS – gestor/responsável da unidade básica de saúde.
<b>Bloco 2</b> – UBS – caracterização.
<b>Bloco 3</b> – UBS – inovações de produto, processo, <i>marketing</i> e organizacional nas perspectivas: estrutura, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, exames, gestão, atendimento ao usuário.
<b>Bloco 4</b> – UBS – orientação em APS – <i>PCATool</i> .
<b>APÊNDICE 2 – GESTORES DA SMS E DO CMS</b>
<b>Bloco 5</b> – caracterização e processos de inovações de produto, processo, <i>marketing</i> e organizacional nas perspectivas: estrutura, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, exames, gestão, atendimento ao usuário.

Fonte: elaboração própria (2015).

Após demonstrarem-se os instrumentos de pesquisa utilizados, cabe, nesse momento, ligá-los aos objetivos da Tese, conforme demonstra o Quadro 8:

Quadro 8 – Objetivos ligados aos questionários

<b>OBJETIVOS DO TRABALHO</b>	<b>QUESTÕES</b>
Caracterizar a estrutura organizacional da APS de Pelotas/RS.	<b>Bloco 1</b> – 1G à 10G <b>Bloco 2</b> –1U à 26U <b>Bloco 5</b> – 1Q à 10Q e Fonte documental
Identificar as inovações em produto, processo, organizacional e <i>marketing</i> em serviços no contexto da APS.	<b>Bloco 3</b> – 1I à 200I
Verificar se existe um sistema institucionalizado ou adocrático para gerar a inovação em APS, através do mapeamento das relações estabelecidas entre as forças internas e externas.	<b>Bloco 3</b> –25U, 26U, 6I, 7I, 8I, 13I,14I,15I, 20I, 21I, 22I, 27I, 28I, 29I, 34I, 36I, 36I, 41I, 42I, 43I, 48I, 49I, 50I, 56I, 57I, 58I, 63I, 64I, 65I, 70I, 71I, 72I, 77I, 78I, 79I, 84I, 85I, 86I, 91I, 92I, 93I, 98I, 99I, 100I, 106I, 107I, 108I, 113I, 114I, 115I, 120I, 121I, 122I, 127I, 128I, 129I, 134I, 135I, 136I, 141I, 142I, 143I, 148I, 149I, 150I, 156I, 157I, 158I, 163I, 164I, 165I, 170I, 171I, 172I, 177I, 178I, 179I, 184I, 185I, 186I, 191I, 192I, 193I, 198I, 199I, 200I <b>Bloco 5</b> – 11Q à 19Q e Fonte documental
Analisar se a geração de inovações em produto, processo, <i>marketing</i> e organizacional estão positivamente relacionadas à orientação em APS.	<b>Bloco 3</b> –1I à 200I <b>Bloco 4</b> –A1 à H6
Representar o processo de inovação do serviço da APS de Pelotas.	<b>Bloco 3</b> –25U, 26U, 6I, 7I, 8I, 13I,14I,15I, 20I, 21I, 22I, 27I, 28I, 29I, 34I, 36I, 36I, 41I, 42I, 43I, 48I, 49I, 50I, 56I, 57I, 58I, 63I, 64I, 65I, 70I, 71I, 72I, 77I, 78I, 79I, 84I, 85I, 86I, 91I, 92I, 93I, 98I, 99I, 100I, 106I, 107I, 108I, 113I, 114I, 115I, 120I, 121I, 122I, 127I, 128I, 129I, 134I, 135I, 136I, 141I, 142I, 143I, 148I, 149I, 150I, 156I, 157I, 158I, 163I, 164I, 165I, 170I, 171I, 172I, 177I, 178I, 179I, 184I, 185I, 186I, 191I, 192I, 193I, 198I, 199I, 200I. <b>Bloco 5</b> – 11Q à 19Q

Fonte: elaboração própria (2015).

### 3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

#### 3.6.1 Dados quantitativos

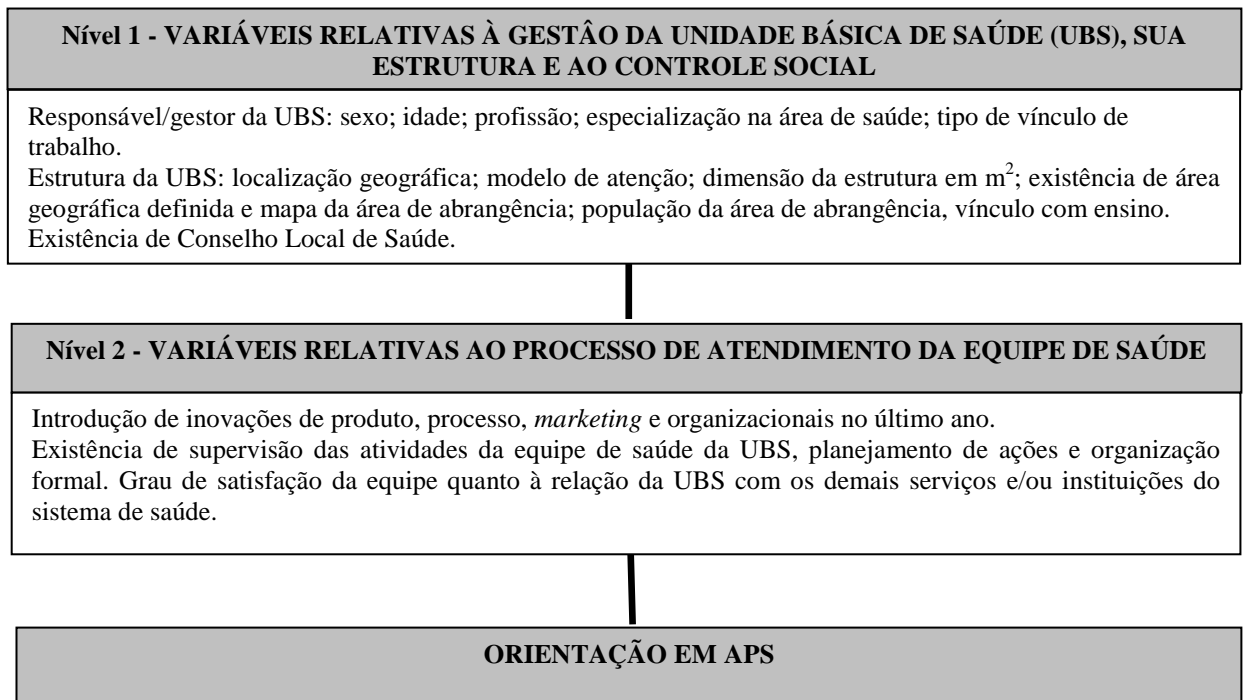
As questões fechadas (pré-codificadas) dos instrumentos foram inseridas e editadas primeiramente no *software EpiData 3.1* Utilizou-se o mesmo *software* para a entrada após revisão e codificação dos questionários pela pesquisadora. Concluída essa etapa, o banco de dados foi exportado para o pacote estatístico *SPSS* versão 19.0 onde se realizaram as análises iniciais, que incluíram as frequências simples de todas as variáveis e a recodificação das mesmas quando necessário e limpeza do banco de dados. Procedeu-se à análise bruta e ajustada da relação entre o desfecho Orientação em APS e as exposições de interesse no *software StataIC 12*. As análises incluíram:

- a) a caracterização da APS de Pelotas, das inovações em produto, processo, organizacional e de *marketing* e do tipo de sistema utilizado para a geração das

inovações por meio da frequência simples das variáveis selecionadas, incluindo cálculos de proporções e medidas de dispersão para variáveis contínuas;

- b) para a avaliação da associação das várias exposições e a orientação da APS, realizaram-se, na análise bruta, cruzando cada uma das exposições com o desfecho. A análise dos dados ajustada foi realizada através de um modelo multivariável por Regressão de Poisson com estimativas robustas de variância (BARROS; HIRATAKA, 2003), segundo o pressuposto da existência de uma relação hierárquica entre as variáveis estudadas – modelo de análise hierárquica (Figura12). As variáveis independentes que individualmente se associaram com o desfecho “Orientação em APS” com valor de  $p < 0,20$  seguiram para a análise ajustada e, posteriormente, em cada nível hierárquico, foram sendo excluídas aquelas com os maiores valores de  $p$ , de maneira que permaneceram, no modelo final, apenas as com valores de  $p < 0,05$ . Calcularam-se as razões de prevalência, seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e teste de significância. A inclusão das variáveis no modelo ajustado foi realizada considerando a sua relação com o desfecho em dois níveis hierárquicos: a) Variáveis relativas à gestão da UBS, à sua estrutura e ao controle social no primeiro nível; b) Variáveis relativas ao processo de atendimento da equipe de saúde, no segundo nível. A Figura12 sintetiza as relações em estudo. A ordem das categorias representa os níveis hierárquicos de determinação com o desfecho de interesse (Orientação em APS).

Figura 12 – Modelo de análise ajustada hierárquica para avaliar a associação entre inovações e orientação em APS



Fonte: elaboração própria (2015).

### 3.6.2 Dados qualitativos

A etapa qualitativa teve por objetivo complementar os resultados obtidos da análise quantitativa e responder aos questionamentos que não podem ser quantificados. As perguntas abertas do questionário permitiram analisar as relações entre as forças internas e externas e representar o processo de inovação em APS. A obtenção de informações estruturadas sobre a inovação em sete perspectivas enriqueceu o delineamento do estudo. Contudo, a inclusão dessas questões também serviu para a complementaridade das análises estatísticas que predominam na abordagem das Ciências Sociais Aplicadas (MINAYO, 2012). Para a realização da análise qualitativa desta Tese, foi utilizado o *software NVivo 3.1*, no qual foram digitados os dados trabalhados previamente sobre o discurso dos entrevistados na ótica da análise de conteúdo (BARDIN, 2009).

A pesquisa qualitativa, historicamente, representa uma série de avanços a partir do aprimoramento da tecnologia e, conseqüentemente, o surgimento de ferramentas informacionais capazes de auxiliar o processo de análise dos dados. O programa *NVivo 3.1* foi desenvolvido a partir da intervenção direta de pesquisadores orientados por métodos e técnicas de investigação das ciências sociais (QSR *International*).

O NVivo 3.1 consiste em um sistema de indexação, busca e teorização de dados não numéricos e não estruturados, que permite o diagnóstico de arquivos com diferentes formatos, podendo ser texto, imagem, som ou vídeo. É, portanto, uma tecnologia válida e confiável para a estruturação destes dados, possibilitando firmar a objetividade das variáveis em um banco de informações, garantindo transparência nas estratégias para compreensão do material empírico coletado. Em termos de funcionalidade, o NVivo 3.1 trabalha com a técnica de codificação dos arquivos selecionados. Esta codificação implica a criação de categorias ou nós nas quais são armazenados índices de referência, indexadores, ao material utilizado na pesquisa. A Figura 13 exemplifica a codificação do NVivo 3.1 (QSR International).

Figura 13 – Codificação

	A	B	C
2	equipe	37	439
3	ubs	47	324
4	esf	24	322
5	unidade	10	320
6	posto	25	301
7	nós	31	300
8	saúde	42	280
9	equipamentos	12	220
10	médicos	38	211
11	comunidade	35	180
12	atendimento	11	173
13	trabalho	18	167
14	mudanças	28	160
15	reunião	41	159
16	planejamento	27	148
17	atividades	19	120
18	inovação	38	120
19	exames	28	96
20	gestão	26	95
21	medicamentos	12	41

Fonte: NVivo (2015).

No NVivo 3.1, os códigos agrupados são denominados de categorias ou nós que em um conjunto, formam uma espécie de corpo central com ramificações das dimensões investigatórias, de forma hierarquizada e relacional. Uma categoria ou nós é composta por um termo indicador do significado central do conceito, tarefa necessária para a estabilização analítica do processo de compreensão do material coletado (Anexo 3).

A Figura 14 evidencia as categorias de análise: ESF, UBS Tradicional, forças internas, forças externas, inovação de produto, inovação de processo, inovação de *marketing* e inovação organizacional, ligadas aos objetivos da Tese.

Figura 14 – Categorias de análise

The screenshot shows the NVivo software interface with a table of analysis categories (Nós). The table has the following data:

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
Estratégia de Saúde da Família	41	44	21/06/2015 22:10	ICRBR	06/07/2015 21:03	ICRBR
Forças externas	40	73	22/06/2015 11:23	ICRBR	06/07/2015 21:03	ICRBR
Forças internas	38	66	22/06/2015 11:23	ICRBR	06/07/2015 20:55	ICRBR
Inovação de Processo	42	68	21/06/2015 22:04	ICRBR	06/07/2015 21:01	ICRBR
Inovação de Produto	56	116	21/06/2015 22:02	ICRBR	06/07/2015 21:03	ICRBR
Inovações de Marketing	7	7	21/06/2015 22:07	ICRBR	05/07/2015 9:49	ICRBR
Inovações Organizacionais	49	71	21/06/2015 22:05	ICRBR	06/07/2015 21:03	ICRBR
UBS Tradicional	19	19	21/06/2015 22:12	ICRBR	05/07/2015 9:58	ICRBR

Fonte: NVivo (2015).

Segundo Vala (1986), a inclusão de um segmento deste apanhado de dados pressupõe a detecção de indicadores relativos a este, ou seja, resulta em uma operação de atribuição de efeitos do sentido. Para analisar as entrevistas realizadas optou-se por utilizar a análise de conteúdo, que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, as mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2009).

Essa técnica de investigação busca analisar profundamente o conteúdo constante em um determinado material, em uma determinada mensagem, enfim, em formas de comunicação oral, escrita, por sinais, imagens, entre outras. Ainda, segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo fornece informações suplementares ao leitor crítico de uma mensagem, desejando distanciar-se da leitura aderente, para ter maior conhecimento sobre o texto.

As questões qualitativas foram construídas para atender ao objetivo do estudo e pautaram-se em alguns critérios:

- a) quando as análises realizadas no modelo geral são confirmadas e não apresentam diferenciação por grupos, ela pode ser explicada pelos argumentos obtidos na análise qualitativa;



- b) quando as análises realizadas no modelo geral são confirmadas, mas apresentam diferenciação entre os grupos, a diferença pode ser discutida através dos resultados das análises qualitativas;
- c) quando as análises realizadas no modelo geral são reprovadas, ela pode ser investigada e discutida qualitativamente;
- d) quando as análises não podem ser testadas no modelo estatístico, a análise qualitativa permite suprir este déficit, analisando os argumentos e o discurso, o que permite a construção do contexto e dos significados.

Com o propósito de atribuir a este estudo, na análise qualitativa, um grau maior de confiabilidade para a análise do material coletado, seguiram-se determinadas regras pressupostas por Bardin (2011):

- a) exaustividade: deve-se considerar toda a comunicação e não omitir dados;
- b) representatividade: os dados devem representar o universo da pesquisa;
- c) homogeneidade: os dados devem referir-se ao mesmo tema e serem obtidos por técnicas iguais de preferência coletados pelo mesmo indivíduo;
- d) pertinência: os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa;
- e) exclusividade: um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

Para Bardin (2009), existem cinco métodos de análise de conteúdo que devem ser cumpridos:

- a) a organização da análise de conteúdo: envolve a leitura flutuante, ou seja, é o primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, à escolha deles, à organização das hipóteses e aos objetivos do trabalho;
- b) a codificação: é a representação das operações pelas quais os dados são fragmentados, conceitualizados e, em conjunto, reintegrados de novas maneiras. É o processo central através do qual as teorias são construídas a partir dos dados coletados (BARDIN, 2009);
- c) a categorização ou nós: a partir da codificação do material, devem-se produzir categorias. A categorização tem, como objetivo, a representação simplificada dos dados brutos. É a passagem de dados brutos em dados organizados. Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum, o que vai permitir o seu agrupamento;
- d) a inferência: nesse momento, buscam-se informações suplementares sobre o tema estudado. Como etapa final, o tratamento dos resultados e as interpretações, que

são resultados brutos, tratados e interpretados de maneira que se tornem significativos e válidos (BARDIN, 2009). Esta interpretação deverá ir além do conteúdo descrito nos documentos, pois interessa ao pesquisador o conteúdo subentendido, ou seja, o sentido que se encontra por trás do imediatamente captado.

e) a informatização da análise das comunicações.

Esses critérios buscam assegurar a fidedignidade e a validade dos achados. Adotaram-se, por base, alguns cuidados realizados durante o processo de investigação que asseguraram maior grau de validade aos achados, como a triangulação interna à própria abordagem, que consiste em olhar o objeto sob seus diversos ângulos, comparar os resultados de duas ou mais técnicas de coleta de dados e de duas ou mais fontes de informação. Por exemplo; a validação dos relatos, comparando com os achados da análise quantitativa; a fidedignidade aos vários pontos observados pela pesquisadora, permitindo a diversidade de sentidos, fugindo da ideia de verdade única.

A conclusão de uma análise qualitativa deve apresentar um texto capaz de transmitir informações concisas, coerentes e o mais possível fidedigna, pois o relato final da pesquisa configura uma síntese na qual o objeto de estudo reveste, impregna e entranha todo o texto (MINAYO, 2012).

### 3.7 LOGÍSTICA

A coleta de dados nas UBS ocorreu durante o ano de 2014, com duração de seis meses (julho a dezembro). Inicialmente foram realizadas as entrevistas com a gestão central da SMS (Secretária Municipal de Saúde, Superintendente de Ações em Saúde e nove Gerentes Distritais) e com o Presidente do CMS. Posteriormente a esta etapa aplicou-se os questionários aos 50 responsáveis/gestores da APS de Pelotas.

As entrevistas com a Secretária da Saúde e a Superintendente de Ações em Saúde ocorreram de forma individual e foram gravadas. No entanto, o mesmo não ocorreu com os Gerentes Distritais, pois ao agendar a entrevista individual e a mesma ocorrendo dessa forma, quando se fazia uma pergunta, outro gerente, ainda não entrevistado, contribuía com a resposta, mostrando forte integração no trabalho e ações operacionalizadas em conjunto. Este fato deve-se ao espaço de trabalho compartilhado pelos gerentes (uma sala ampla), onde receberam a pesquisadora para a entrevista. Todas as respostas foram gravadas e consideradas para posterior análise. Nenhum sujeito foi entrevistado duas vezes.

A entrevista com o Presidente do CMS ocorreu uma hora antes da realização de uma assembleia no mês de dezembro de 2014, que acontece quinzenalmente na Sede dos Conselhos do município. Nesse momento, estavam presentes alguns conselheiros que ouviram as questões no plenário e, após a resposta do presidente, teceram seus comentários sobre o assunto. Gravaram-se todas as contribuições da plateia que ajudaram na etapa descritiva a compor as discussões deste estudo sobre integralidade, equidade e inovações em serviço na APS.

As entrevistas realizadas nas 50 UBS com os responsáveis/gestores mediante seu consentimento foram previamente agendadas via contato telefônico com a aprovação da Superintendente de Ações em Saúde, para que não atrapalhassem os horários de maior demanda de atendimento aos usuários, a agenda diária da UBS e as ações programáticas. As entrevistas duraram em média 1 hora e 20 min.

O contato realizado pedia para entrevistar o chefe ou o responsável pela unidade. Tratou-se de usar o termo responsável/gestor por observar a relutância dos possíveis respondentes ao saberem que seria necessário entrevistar o gestor da UBS. Observaram-se nas situações onde esse papel de chefia não estava definido (formalmente estabelecido, ou seja, com pagamento remunerado pela função) na UBS, tinham-se grandes dificuldades em explicar que, inerente ao cargo, a entrevista se dirigia a alguém, eleito pelos pares, com conhecimento técnico para falar e responder pela unidade. Normalmente o entrevistado marcava um horário para conceder a entrevista junto com os demais colegas (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais e outros). Algumas entrevistas ocorreram durante as reuniões de equipe da UBS – fator que enriqueceu a coleta de dados e permitiu compreender mais claramente seus processos de trabalho. Concomitante ao questionário que abordou o bloco de inovações e as demais variáveis explicativas relativas à gestão da UBS e sua estrutura, ao controle social e ao processo de atendimento da equipe de saúde, aplicou-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATOOL*), versão profissional nas 50 UBS.

No início da coleta, a informação pela lista fornecida pela SMS era da existência de 51 UBS na APS de Pelotas, com nomes, endereços e contatos. No entanto, após realizar as entrevistas, constatou-se que um dos serviços não se configurava como UBS, pois a sua estrutura de atendimento estava organizada como Centro de Especialidades, sendo referência para as UBS no encaminhamento dos usuários às consultas com especialistas das mais diversas áreas da saúde. Ao perguntar-se à SMS sobre essa instituição e seu papel na assistência, confirmou-se que a mesma não se classifica e nem está inscrita como UBS junto ao MS, sendo excluída das análises quantitativas e qualitativas.

Programou-se a gravação das entrevistas objetivando descrever fielmente o discurso, para posterior transcrição em documento *Word*<sup>®</sup>. No entanto, nem todas as entrevistas foram gravadas, pois alguns respondentes se sentiam constrangidos pelo gravador à mesa (20%). Dessa forma transcreveu-se no papel o discurso do entrevistado (na íntegra) para posterior inserção em documento *Word*<sup>®</sup>. Assim, ao final da coleta de dados, o trabalho resultou em 62 pessoas entrevistadas e 57 horas de gravação. Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora em carro próprio, com aproximadamente 220 km rodados em Zona Urbana e Rural.

### 3.8 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade deste estudo deu-se através da dupla digitação dos dados em uma amostra aleatória de questionários, a fim de verificar a veracidade dos dados numéricos e a transcrição das entrevistas de forma fidedigna. Esse processo foi realizado por um bolsista da UFPEL do curso de Administração em março de 2015.

Os questionários foram sequencialmente numerados e, através de uma planilha no Excel, foi realizado um sorteio, pela qual se obteve uma amostra de 12 questionários (20% da população analisada) para a checagem das informações e verificação de possíveis inconsistências. Também se aplicou o estudo piloto, em cinco UBS, quando se ampliaram e reformularam as questões do questionário a fim de verificar-se o entendimento das questões, onde foram publicados artigos sobre o assunto pela pesquisadora (citados na seção 3.5).

### 3.9 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa teve a sua primeira autorização expedida pela Secretária de Saúde de Pelotas, Sra. Arita Bergmann, em 2012, quando a pesquisadora ingressou no Doutorado em Administração. O documento de aceite para a execução da pesquisa foi revalidado em março de 2014, despachado pela Superintendente de Ações em Saúde (Anexo 1). O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, vinculada à Plataforma Brasil, expedido em 29 de abril de 2014 (Anexo 2).

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 4), sendo declarado que as informações obtidas através das entrevistas serão utilizadas para fins acadêmicos e elaboração de relatório gerencial à SMS do município.

### 3.10 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

O recorte proposto nessa Tese permitiu a escolha de mais de um método de pesquisa que se complementam ao resultado a que se propõem. O delineamento do estudo de casos utilizou técnicas de pesquisa em um estudo transversal classificado, quanto à natureza, como pesquisa aplicada, de abordagem quantitativa e qualitativa, com objetivo exploratório. Como procedimento técnico, aplicou-se uma pesquisa empírica à população de gestores em APS da cidade de Pelotas/RS, no segundo semestre de 2014, sobre as inovações em serviço ocorridas no ano anterior à pesquisa, para não se perder o referencial de memória dos entrevistados.

As análises quantitativas incluíram a caracterização da APS de Pelotas, as inovações em produto, processo, *marketing* e organizacional, além do tipo de sistema utilizado para a geração das inovações por meio da frequência simples das variáveis selecionadas, incluindo cálculos de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95%. Também foi explorada a associação entre o desfecho “Orientação em APS” (*software* SPSS 19.0) e as variáveis independentes com o uso do modelo de regressão multivariável por Regressão de Poisson com estimativas robustas de variância (BARROS; HIRATAKA, 2003). Calcularam-se as razões de prevalências ajustadas, segundo o pressuposto da existência de uma relação hierárquica entre as variáveis estudadas – modelo de análise hierárquica da Figura 12, pg. 95, (*software StataIC* 12).

Realizaram-se as análises qualitativas através do *software NVivo* 3.1, utilizando como técnica de avaliação a análise de conteúdo (BARDIN, 2009). Essas análises buscaram identificar os processos empregados para gerar a inovação, seus influenciadores e apoiadores, possibilitando assim, representar o processo de inovação da APS de Pelotas.

O estudo possui a autorização da SMS para a sua realização e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, vinculada à Plataforma Brasil (Anexo 2). Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 4).

## **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

A apresentação e a análise dos resultados estão subdivididas em duas partes: o estudo quantitativo e o estudo qualitativo. O estudo quantitativo com abordagem transversal avaliou a APS no município de Pelotas, descreveu as características gerais do município e dos gestores, bem como a concepção atual do seu sistema de saúde. O estudo qualitativo analisou em profundidade aspectos referentes aos processos que estão ligados à inovação nas dimensões: produto, processo, *marketing* e organizacional no âmbito do sistema organizativo da APS e, quanto ao modelo de atenção, descritos na seção 4.2, na análise qualitativa deste estudo.

### **4.1 ESTUDO QUANTITATIVO**

Nessa seção abordam-se tanto os resultados que caracterizam o município, o sistema de saúde, os gestores da APS e o Presidente do CMS, quanto os que descrevem aspectos relativos à estruturação e organização das 50 UBS existentes na APS do município no ano de 2014, e estratificados por modelo de atenção (ESF x Tradicional).

#### **4.1.1 Caracterização do município de Pelotas e do sistema de saúde**

Pelotas situa-se geograficamente na confluência das rodovias da BR 116, BR 392 e BR 471, as quais fazem a ligação com os países do Mercosul. O município tem fronteira com o Uruguai e está a 252 km de distância da capital do Estado, Porto Alegre, e a 60 km do Porto de Rio Grande – o maior do sul do Brasil. A cidade possui 346.452 habitantes (Plano Municipal de Saúde, 2014), com a população economicamente ativa distribuída da seguinte forma: no setor primário 15% (agropecuária/pesca/mineral); no setor secundário 30% (indústria) e no setor terciário 56% (comércio e serviços). Sua população está distribuída com 93% das pessoas residentes em área urbana e 7% em área rural, conforme a Figura 15.

Figura 15 – Distribuição populacional em Pelotas

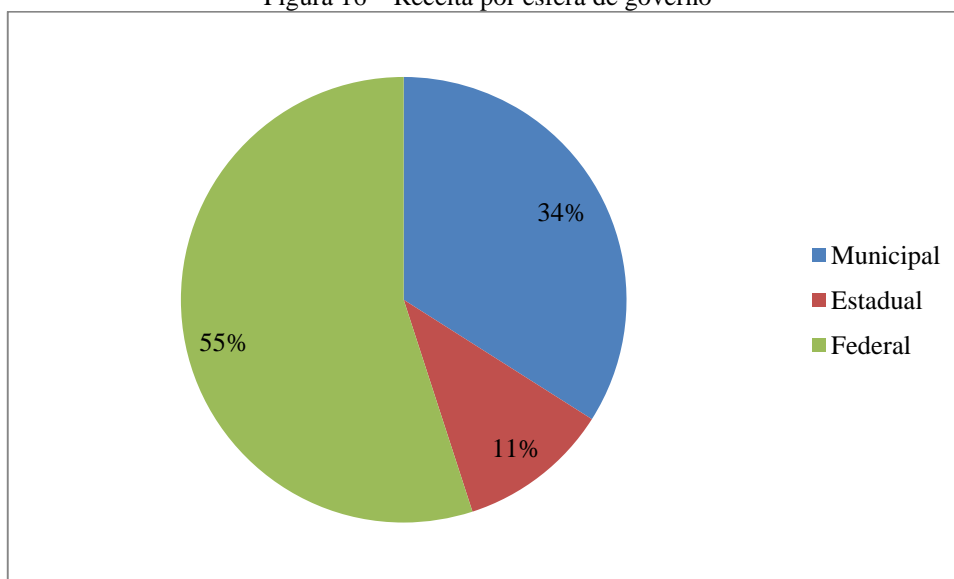
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
<b>População total</b>	285.073	100,00	320.595	100,00	* 328.275	100,00
<b>Homens</b>	135.553	47,55	152.035	47,42	154.198	46,97
<b>Mulheres</b>	149.520	52,45	168.560	52,58	174.077	53,03
<b>Urbana</b>	263.882	92,57	300.979	93,88	306.193	93,27
<b>Rural</b>	21.191	7,43	19.616	6,12	22.082	6,73
<b>Taxa de Urbanização</b>	-	92,57	-	93,88	-	93,27

Fonte: Plano Municipal de Saúde (2014).

O município atua desde o ano 2000 no modelo de Gestão Plena do sistema de saúde com a responsabilidade de receber e aplicar o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em saúde no território (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). Além da população local a SMS disponibiliza ações e serviços públicos de saúde a 22 municípios da região que compõem a 3ª CRS. E em relação à saúde do trabalhador, presta assistência aos oito municípios da 7ª CRS, servindo como porta de entrada à saúde no Extremo Sul do Estado.

Com relação ao financiamento do SUS em Pelotas, segundo os dados financeiros disponíveis apresentados no Monitoramento da Gestão em Saúde (MGS) relativos ao período compreendido entre 2010 a 2012, demonstra que a fonte federal representa o maior valor de recursos, seguida da municipal e da estadual. Destaca-se, no período entre 2010 e 2012, o crescimento percentual no aporte de recursos financeiros para o financiamento do SUS ter sido maior na esfera municipal, passando de R\$ 29.057.833,07 em 2010 para R\$ 49.841.273,90 em 2012, uma variação percentual de 71% (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). A Figura 16 demonstra o total da receita informada no MGS, onde as transferências federais representaram 55%, a municipal 34% e a estadual 11%.

Figura 16 – Receita por esfera de governo



Fonte: Plano Municipal de Saúde (2014).

O sistema de saúde de Pelotas está estruturado a partir de um modelo hierárquico por níveis de complexidade crescente e organiza-se segundo as normativas do SUS, em atenção básica ou APS, atenção de média e de alta complexidade, com o propósito de responder às demandas e preferências da população. Dessa forma, o foco concentra-se nas necessidades de saúde; na coordenação e integração do cuidado através de um contínuo de atenção; sistemas de informação que ligam as pessoas usuárias, os prestadores de serviços e os gestores.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2014), o nível secundário e terciário desse sistema é composto por: um Pronto Socorro Municipal (PSM) que atende, em média, 350 pacientes por dia, mediante triagem inicial dos casos pela equipe de enfermagem e classificação do estado geral do paciente, baseado em critérios de risco; sendo os casos mais graves atendidos com preferência; um Pronto Atendimento (PA), destinado a prestar assistência aos usuários com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato; uma Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI Navegantes), para o acolhimento de casos que podem ser resolvidos com exame clínico, medicação ou curativos, nos horários em que as UBS não estão abertas; cinco hospitais (um público, três filantrópicos e um privado) com um total de 770 leitos SUS, sendo 160 psiquiátricos e 636 distribuídos nas especialidades: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e clínica de ginecologia e obstetrícia, UTI adulto, UTI pediátrica e UCTI. Desse total, 390 (48%) são regulados pela SMS, segundo os dados do CNES (2014); um Centro de Especialidades que serve como referência às UBS, disponibilizando atendimento com médicos especialistas em diversas áreas; e, oito Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), destes, um atende



dependentes químicos por 24h (CAPS AD) e outro destina-se ao atendimento infantil (CAPS I).

Os serviços de alta complexidade, para Pelotas e Região, são oferecidos nas seguintes especialidades: atenção à gestação de alto risco; cardiovascular, nefrologia; neurologia/neurocirurgia; serviço de radioterapia e hematologia; oncologia; nefrologia; cardiovascular; cirurgia cardiovascular, procedimentos em cardiologia intervencionista e urgência e emergência de Traumatologia (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

A APS está composta por 50 UBS, distribuídas em 38 (76%) em zona urbana e 12 (24%) em zona rural. Dessas, 44 (88%) estão sob a gestão da SMS e sete (14%) pertencem e são gerenciadas pelas Universidades (três da UFPEL e quatro da UCPEL). As UBS ligadas às Universidades atuam no Sistema Público de Saúde do SUS, tendo gestão participativa e coordenação geral da SMS. Em relação ao modelo de atenção, 19 UBS atuam no modelo Tradicional e 31 unidades trabalham no modelo de ESF, com um total de 56 equipes. Com esse número de equipes, o município cobre 62% da população com a ESF. Três UBS Tradicionais têm o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O Quadro 9 demonstra o número de equipes de ESF por UBS e seu respectivo distrito.

Quadro 9 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde por distrito e equipes de ESF

<b>UBS</b>	<b>BAIRRO</b>	<b>EQUIPES DE ESF</b>
Arco Íris	Zona Norte	1
Areal I	Zona Norte	1
Areal Fundos	UFPEL Areal/ Praias	-
Balsa	Centro/Várzea	-
Barro Duro	Areal/Praias	2
Bom Jesus	Areal/Praias	4
Cascata	Colônia – 5º Distrito	-
Cerrito Alegre	Colônia – 3º Distrito	1
Cohab Fragata	Fragata	-
Cohab Guabiroba	Fragata	2
Cohab Lindóia	Zona Norte	-
Cohab Pestano	Zona Norte	-
Cohab Tablada I	Zona Norte	-
Cohab Tablada II	Zona Norte	-
Colônia Maciel	Colônia – 8º Distrito	-
Colônia Osório	Colônia – 4º Distrito	1
Colônia Triunfo	Colônia – 8º Distrito	1
Colônia Z-3	Areal/Praias	1
Corrientes	Colônia – 2º Distrito	1
Cordeiro de Farias	Colônia – 5º Distrito	1
CSU Cruzeiro	Areal/Praias	-
CSU Areal	UFPEL Areal/Praias	-
Dom Pedro I	Fragata	3
Dunas	Areal/Praias	4
Fátima	UCPEL - Centro/Várzea	2
	(continua)	

(continuação)		
Fraget	Fragata	-
Grupelli	Colônia – 7º Distrito	1
Getúlio Vargas	Zona Norte	3
Jardim de Allah	Zona Norte	-
Laranjal	Areal/Praias	1
Leocádia	Areal/Praias	-
Monte Bonito	Colônia – 9º Distrito	1
Navegantes	Centro/Várzea	4
Obelisco	Areal Praias	3
Pam – Fragata	Fragata	-
Pedreiras	Colônia – 9º Distrito	2
Pestano – (CAIC)	UCPEL – Zona Norte	2
Puericultura	Centro/ Várzea	-
Py Crespo	UCPEL – Zona Norte	3
Sanga Funda	Zona Norte	1
Sansca	Centro/Várzea	1
Santa Silvana	Colônia – 6º Distrito	-
Santa Terezinha	UCPEL – Zona Norte	-
Simões Lopes	Fragata	3
Sítio Floresta	Zona Norte	2
União de Bairros	UCPEL - Zona Norte	1
Vila Municipal	UFPEL – Zona Norte	1
Vila Nova	Colônia – 7º Distrito	1
Vila Princesa	Zona Norte	1
Virgílio Costa	Fragata	-
Total	-	56

Fonte: elaboração própria (2015).

As ações desenvolvidas nas UBS referem-se: 1 - ao mapeamento da área e dos equipamentos sociais presentes nos território de abrangências das UBS, como escolas, associações comunitárias e ONGs; 2 - planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de suas áreas; 3 - acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas; 4 - ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças; 5 - consultas médicas e/ou de enfermagem; 6 - consultas e procedimentos odontológicos; 7 - realização de procedimentos médicos e de enfermagem; 8 - imunizações, inalações, curativos, drenagem de abscessos e suturas; 9 - administração de medicamentos orais e injetáveis; 10 - notificações de agravos, articulação com o sistema de saúde do município e outros setores relacionados às necessidades da população (PLANO MUNICIPAL DESAÚDE, 2014).

Em 2012, o município aderiu ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), tendo o ingresso de quatro Enfermeiros no quadro geral de funcionários na sua primeira edição (2012) e 11 Médicos na segunda (2013). Ainda visando à ampliação e qualificação da assistência prestada no nível da APS, em 2013, a SMS aderiu ao Programa Mais Médicos do Brasil que faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos

usuários do SUS, que prevê investimentos em infraestrutura dos hospitais e das UBS, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). Esses projetos demandaram reorganizar a gestão da SMS para efetivar os benefícios da implementação dos programas e operacionalizar os recursos advindos para a sua atuação no município na prestação de serviços. Consoante isso, a SMS criou alternativas administrativas para que, diante de uma extensa rede de serviços, pudesse aproximar e articular todos os atendimentos oferecidos (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Para garantir a efetividade das ações do Sistema de Saúde Municipal, em 2013 foi delineado um projeto de distritalização territorial com a criação de seis Distritos Sanitários e dos cargos de Gerentes Distritais. Essa proposta operativa teve por objetivo aproximar a SMS das UBS, a fim de garantir o fluxo de serviço e assegurar que as unidades pudessem ter um canal de comunicação periódica que lhes oferecesse apoio em suas demandas, supervisão e planejamento. A distritalização teve, como uma de suas premissas, a plena satisfação das demandas locais e dos problemas de saúde da população através de um sistema hierarquizado e articulado, embasado na Constituição Federal de 1988 e nas Leis 8080/90 e 8142/90, instituindo sistemas de referência e contrarreferência. Portanto, a regionalização de serviços, em fase de implementação, não foi considerada apenas do ponto de vista burocrático-administrativo, mas por representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa dada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção e a todas as ações de saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). O Quadro 10 apresenta a delimitação da(s) área(s) de cobertura por Distrito Sanitário e os serviços de saúde existentes.

Quadro 10 – Distritalização da saúde do município de Pelotas

<b>Distritos Sanitários</b>	<b>Áreas</b>	<b>Serviços de Saúde</b>
Distrito Sanitário I – Três Vendas	Início Rua Zeferino Costa passando pela estrada dos Maricas Br. 116 (Barragem), Rua Hipólito Ribeiro, Rua 4 (Armindo da Silva), Rua Ataliba de Figueiredo Paz, Rua Egídio Zanato, Av. 25 de Julho, Rua Joana Neutzling, João Goulart, Carúcio até Fernando Osório.	UBS Cohab Lindóia UBS Jardim de Allah UBS Py Crespo UBS Santa Teresinha UBS Sítio Floresta UBS União de Bairros UBS Vila Princesa
Distrito Sanitário II – Três Vendas	Início pelo Engenho Ildenoso Simões Lopes passando pela estrada dos Maricas, Zeferino Costa, Avenida Salgado Filho, Fernando Osório, Avenida Dom Joaquim até Juscelino Kubitschek	UBS CAIC Pestano UBS Cohab Pestano UBS Getúlio Vargas UBS Presídio UBS Sanga Funda UBS Tablada I UBS Tablada II UBS Vila Municipal
Distrito Sanitário III – Centro Bairro	Início Av. João Goulart passando pela Praça Vinte de Setembro, Rua Marcílio Dias, Rua Manduca Rodrigues, Rua Santos Dumont, Ceval, Doquinhas, Ocupação Paulo Guilayn, Estrada do Engenho, Av. Ferreira Viana, Juscelino Kubitschek, Dom Joaquim, Fernando Osório até Francisco Carúcio.	UBS Balsa UBS CSU Cruzeiro UBS Fátima UBS Navegantes UBS Puericultura UBS Sansca UBS CAPS AD CAPS Escola CAPS I Centro de Especialidades
Distrito Sanitário IV – Fragata	Início pela Avenida Presidente João Goulart passando pela Praça Vinte de Setembro, Rua Marcílio Dias, Br. 392, Br. 116, Avenida Cidade de Lisboa, Av. 25 de Julho, Br. 116 e Av. João Goulart.	CAPS Castelo CAPS Fragata UBS Cohab Fragata UBS Cohab Guabiroba UBS Dom Pedro I UBS Fraget UBS PAM Fragata UBS Simões Lopes UBS Virgílio Costa
Distrito Sanitário V – Areal/Laranjal	Estrada dos Maricas até a Av. Engenho Ildefonso Simões Lopes até a Av. Juscelino Kubitschek, Av. Ferreira Viana, Av. São Francisco de Paula, Estrada do Engenho Canal São Gonçalo até Pontal da Barra, Estrada da Granja e Estrada do Cotovelo.	UBS Arco Íris UBS Areal Fundos UBS Areal I UBS Barro Duro UBS Bom Jesus UBS Colônia Z3 UBS CSU Areal UBS Dunas UBS Laranjal UBS Leocádia UBS Obelisco
Distrito Sanitário VI – Colônia	Colônia Cascata, Colônia Cerrito Alegre, Colônia Cordeiro de Farias, Colônia Corrientes, Colônia Grupelli, Colônia Maciel, Colônia Monte Bonito, Colônia Osório, Colônia Pedreiras, Colônia Santa Silvana, Colônia Triunfo e Colônia Vila Nova.	UBS Colônia Cascata UBS Colônia Cerrito Alegre UBS Colônia Cordeiro de Farias UBS Colônia Corrientes, UBS Colônia Grupelli UBS Colônia Maciel UBS Colônia Monte Bonito UBS Colônia Osório UBS Colônia Pedreiras UBS Colônia Santa Silvana UBS Colônia Triunfo UBS Colônia Vila Nova

Fonte: Plano Municipal de Saúde (2014).

#### **4.1.2 Perfil demográfico, características do emprego e formação dos gestores da APS e Presidente do CMS**

O estudo dos gestores incluiu as 62 entrevistas programadas: Secretária Municipal de Saúde, Superintendente de Ações em Saúde e nove Gerentes Distritais, representantes da Gestão Central da SMS, Presidente do CMS e 50 responsáveis/gestores da APS. A Secretaria Municipal de Saúde e a Superintendência de Ações em Saúde eram coordenadas por mulheres, enquanto que a presidência do CMS era ocupada por representante do sexo masculino. No cargo de Gerentes Distritais do município, havia cinco mulheres e quatro homens. Quanto aos 50 responsáveis/gestores das UBS, haviam 39 mulheres e 11 homens. Todos possuíam curso superior completo e 39 destes, especialização.

Quanto à idade, a gestora da SMS estava com 66 anos e a Superintendente de Ações em Saúde, com 52 anos. O Presidente do CMS era mais jovem, pois tinha 36 anos no momento da entrevista. A média de idade dos Gerentes Distritais foi de 39 anos ( $dp = 6,7$ ) e variou entre 28 e 49 anos; em relação à idade dos responsáveis/gestores da APS, variou entre 24 e 61 anos, com uma média de 45 anos ( $dp = 9,6$ ).

A Secretária da Saúde exercia a função em cargo de confiança concedido pelo Prefeito da cidade há três anos e tinha a formação em Assistência Social. A Superintendente de Ações em Saúde era estatutária desde o ano de 1988, exercia o cargo há um ano e era Enfermeira. O Presidente do CMS era estatutário e exercia o cargo por apenas três meses em substituição à presidente oficial, que estava afastada para qualificação no momento da entrevista. Antes do cargo atual assumido, o presidente atuava como Agente de Trânsito.

Em 2014, havia nove Gerentes Distritais e, destes, sete eram estatutários, um ocupava cargo comissionado e um estava em cargo de confiança. Quanto ao grau acadêmico conquistado, observou-se uma formação diversificada, com um farmacêutico, quatro enfermeiros, dois advogados, um técnico contábil e um químico. Apenas quatro gerentes possuíam especialização como maior grau de instrução: dois em ESF, um em Saúde Pública e o outro em Química. Quanto ao tempo de trabalho como Gerentes Distritais, todos exerciam a função há um ano, coincidindo com o tempo de criação do cargo (2013), em virtude da demanda de trabalho em APS e da necessidade de comunicação e estreitamento de laços junto às UBS. Destaca-se que todos já atuavam na SMS há mais tempo em outras funções.

Ao perguntar-se sobre o cargo que os responsáveis/gestores exerciam nas UBS, 22 (44%) relataram não possuir chefia; 19 (38%) se designaram como chefes, cinco (10%) como

supervisores ou coordenadores e quatro (8%) como responsáveis. O tempo trabalhado na UBS estava entre cinco e dez anos na unidade. Quanto à formação acadêmica, 28 (56%) eram Enfermeiros, 13 (26%) Médicos (oito com residência), quatro (8%) Dentistas, três (6%) Assistentes Sociais, um Nutricionista (2%) e um Psicólogo (2%).

Referente à maior titulação, dez concluíram o mestrado e dois o doutorado. Quanto ao vínculo empregatício dos responsáveis/gestores e suas respectivas unidades de trabalho, 44 (88%) pertenciam ao quadro de funcionários da Prefeitura Municipal de Pelotas. Destes, 38 (86%) eram Estatutários, três (7%) contratados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e três (7%) em Contrato Temporário. Nas sete UBS que pertenciam às Universidades, três eram funcionários públicos pertencentes ao quadro de servidores da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e quatro pela CLT ligados à Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

#### **4.1.3 Caracterização das UBS**

Em relação à propriedade, 44 UBS (88%) são da Prefeitura e têm administração direta de profissionais com vínculo empregatício junto à SMS. E as sete unidades pertencentes às Universidades (três da Universidade Federal de Pelotas, UFPEL e quatro da Universidade Católica de Pelotas, UCPEL) mantêm atendimento exclusivo com o SUS e coordenação em parceria com a SMS. Quanto à estrutura física, 28 UBS (56%) mediam até 150m<sup>2</sup>, 10 (20%) entre 160 e 400m<sup>2</sup> e 12 (24%) não souberam informar. Observou-se, de acordo com o modelo de atenção, o fato de, em média, as unidades tradicionais serem maiores que as da ESF (média=141m<sup>2</sup> para ESF e média = 191m<sup>2</sup> para Tradicionais), em situação inversamente proporcional à nova proposta de reorganização da saúde em APS, com a ampliação do número de UBS com ESF e profissionais e, conseqüentemente, aumento da área física das unidades para o trabalho.

Ao indagar-se do responsável/gestor das unidades ESF e Tradicionais sobre os tempos de funcionamento na prestação de serviços de saúde, observou-se serem estatisticamente semelhantes, ao redor de 24 anos (dp = 11,3): ESF de 24 anos (dp = 12,3) e Tradicional de 23 anos (dp = 9,6), (p = 0,780). Assim, mesmo com maior investimento de recursos para construção/reforma do serviço de saúde para a implantação da ESF, a partir de meados de 2005 com o PROESF (2006) e mais recentemente com o PMAQ (2012), apenas seis UBS existiam há 10 anos, das quais quatro eram ESF.

Na avaliação do número de habitantes na área de cobertura assistencial por UBS, o tamanho da população adstrita variou de 1.000 a 14.000 pessoas. As médias de cobertura

populacional foram semelhantes na estratificação por modelo de atenção. A Tabela 1 apresenta o resultado para toda a amostra e modelo de atenção. Na distribuição da população coberta pela ESF por número de equipes existentes nessas UBS, encontrou-se uma média populacional de 3.600 pessoas por equipe (mediana = 3.206), com variação de 850 (uma UBS de zona rural, Distrito Sanitário VI - Colônia) a 8.000 pessoas (uma UBS de zona urbana, Distrito Sanitário V - Areal / Laranjal). Dez UBS apresentavam menos de 3.000 habitantes por equipe e oito mais de 4.000, o que representa 52% de relação população/equipe inadequada.

Tabela 1 -. Distribuição do número de habitantes residentes na área de cobertura das UBS para toda a amostra e por modelo de atenção

Modelo de Atenção	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Tradicional	19	7.173,96	6.215,90	3.589,53	1.000	14.000
ESF	31	6.549,90	4.831,00	4.765,16	1.100	20.000
Total	50	6.787,05	6.053,00	4.337,69	1.000	20.000

Fonte: elaboração própria (2015).

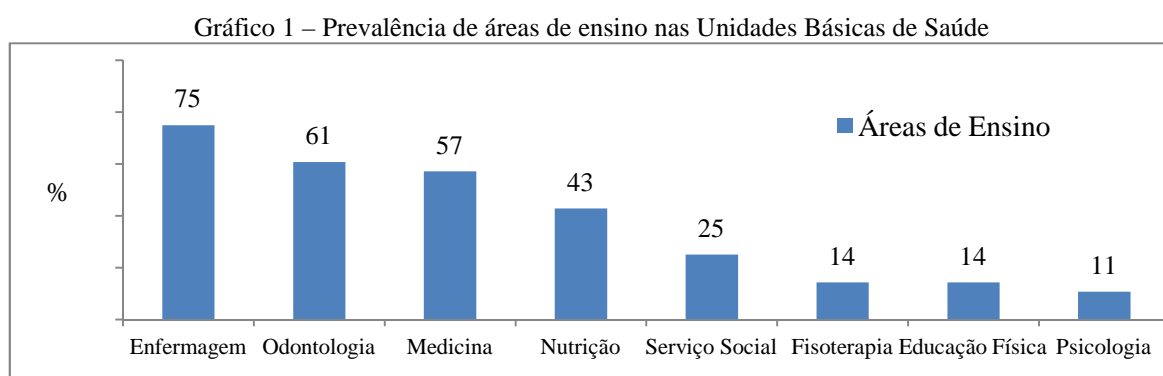
De acordo com a portaria que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, cada equipe de ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, com média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição, pois aquele utilizado para o estabelecimento do número de pessoas por equipe considera o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território. Quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor precisará ser a quantidade de pessoas atendidas por equipe (BRASIL, 2011). Em Pelotas, se considerarmos a média de pessoas, por equipe, definida na portaria, o resultado encontrado na relação população/equipe, estaria adequado. No entanto, existe uma importante heterogeneidade nessa distribuição, influenciando negativamente o processo de trabalho, especificamente nos casos onde existe excedente populacional por equipe.

Segundo o MS, o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe, não podendo ultrapassar o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2011). Quanto à organização dos turnos de trabalho, 80% das unidades trabalhavam manhã e tarde, 14% atendiam em três turnos e 6% em apenas um período. Nenhuma UBS trabalhava no sábado e domingo. Ao analisar o turno de atendimento

quanto ao modelo de atenção, verificou-se entre as UBS da ESF que 90% estavam abertas de manhã e à tarde, e as demais (10%) também tinham atividades em terceiro turno. Fato que pode estar associado à sua organização, pela qual todos os profissionais têm oito horas de trabalho como carga horária, exceto os Médicos que podem trabalhar meio turno (BRASIL, 2011).

Entre as UBS Tradicionais, no entanto, 63% trabalhavam em dois turnos e 21% em três turnos. A lógica assistencial das unidades do modelo Tradicional em ficarem abertas por mais tempo é propiciar à população atendimento médico após as 18h, sem necessidade de se deslocar para o atendimento em outra instância, como a unidade de Pronto Atendimento e Pronto Socorro, superlotando-os com problemas que poderiam ser tratados no nível primário de atenção (PAIM, 1999).

Relativo ao escopo de abrangência territorial, 82% das unidades possuía área geográfica definida e dessas, 73% eram da ESF. Quanto à existência de mapa da área geográfica disponível na UBS, 72% dispunham do mapa territorial com limites determinados para o atendimento; mas, quando se analisou esse dado em relação ao modelo de atenção, 81% das UBS com ESF atenderam esse critério, contrastando com os 19% de existência de mapa entre as unidades Tradicionais ( $p = 0,000$ ). Considerando atividades de ensino praticadas no âmbito da APS, 28 UBS (56%) mantinham vínculo com as Universidades municipais, sendo campo de estágio ou residência para um ou mais cursos. Em relação ao modelo de atenção, verificou-se 68% das unidades com ESF ofereciam campo de estágio contra apenas 32% das Tradicionais ( $p = 0,000$ ). Os cursos mais presentes como campo de estágio e ensino no cotidiano das UBS eram: Enfermagem em 21 UBS (16 ESF e cinco Tradicionais), seguido de Odontologia em 17 (13 ESF e quatro Tradicionais); Medicina em 16 (14 ESF e duas Tradicionais) e Nutrição em 12 UBS (nove ESF e três Tradicionais), conforme apresentado no Gráfico 1.



Fonte: elaboração própria (2015).



Nas entrevistas realizadas se averiguou a existência de planejamento das atividades nas UBS, com 64% das unidades de ESF realizando o planejamento de suas ações, contra os 36% das UBS Tradicionais nessa atividade ( $p = 0,000$ ). Abordou-se, também, junto aos gestores/responsáveis pelas UBS, sobre as atividades de supervisão da SMS praticadas na unidade de trabalho, relatando os entrevistados que 82% das UBS têm supervisão no local de trabalho (ESF = 84%; Tradicional = 79%;  $p = 0,715$ ). Quanto à periodicidade das visitas do supervisor às UBS, 49% delas não tinham definição de frequência, 37% eram acompanhadas mensalmente, 11% quinzenalmente e 3% mensalmente. Destacam-se em relação às periodicidades mais referidas prevalências de 54% e 35% na ESF e de 35% e 40% nas Tradicionais, para supervisão sem periodicidade definida e semanal, respectivamente.

No que se refere à composição das equipes de trabalho na APS, a Tabela 2 demonstra que Pelotas conta com 56 equipes de ESF, distribuídas em 31 UBS, o que resulta em 62% das UBS trabalhando nesse modelo de atenção. Assim, de acordo com a SMS, a ESF se consolidou como a estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica em Pelotas. Até outubro de 2013, dos 328.275 habitantes desse município (IBGE, 2012), 155.249 eram cobertos pela ESF, representando 47% de cobertura populacional. Em 2014, a ESF já abrangia 56% da população, correspondendo a 182.849 pessoas (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Tabela 2 – Distribuição das equipes de Estratégia de Saúde da Família

Equipes	Nº de UBS	Total de equipes
Sem ESF	19	--
Uma Equipe	17	17
Duas Equipes	6	12
Três Equipes	5	15
Quatro Equipes	3	12
Total	50	56

Fonte: elaboração própria (2015).

A equipe de ESF mínima deve estar 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, podendo acrescentar a essa composição Dentista e Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal. Nesse caso, a ESF é denominada ESF ampliada (BRASIL, 2011). Nesse contexto, ressalta-se, que nas 31 unidades trabalhando com ESF, 77% possuíam todos os profissionais da equipe mínima (BRASIL, 2011), conforme demonstra-se na Tabela 3. Os profissionais em falta para compor as equipes eram, em maioria, Enfermeiros.

Tabela 3 – Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e equipe mínima completa

	UBS	%
Não	7	22,6
Sim	24	77,4
Total	31	100,0

Fonte: elaboração própria (2015).

Em relação à existência de ESF ampliada, 48% (n =15) das UBS com ESF tinham Dentista nas equipes, estando a Saúde Bucal completa, ou seja, contava com Dentista e Técnico ou Auxiliar de Saúde Bucal, em 13 (87%) dessas UBS, conforme demonstra a Tabela 4.

Tabela 4 – Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família ampliada e equipe de saúde bucal completa

	UBS	%
Não	2	13,3
Sim	13	86,7
Total	15	100

Fonte: elaboração própria (2015).

As ações realizadas em Saúde Bucal pelas equipes compreendem: prestar atendimento de média complexidade nas especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, diagnóstico bucal e atendimento a pacientes especiais; atendimento a nível hospitalar para pacientes especiais que necessitam de procedimentos sob anestesia geral junto aos hospitais da região; fornecer próteses dentárias; executar atividades de saúde bucal nas escolas, mediante parceria com a Faculdade de Odontologia da UFPEL e garantir estágio para graduandos nas UBS. Com o objetivo de ampliar o atendimento em saúde oral e qualificar as ações educativas e assistenciais da rede de atenção à saúde, a SMS e o Serviço de Saúde Bucal da cidade pretendem implantar o segundo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Sorrir), aprovado pelo CMS e instâncias competentes (BRASIL, 2013), estando em fase de construção.

Para complementar a análise, adicionou-se à lista do MS, os profissionais administrativos e outros que pudessem trabalhar nas unidades com ESF, verificando-se em quatro (13%) dessas UBS com apenas um profissional administrativo na recepção e em três (10%) não haver higienizadores. Ressalta-se ainda a presença de outros profissionais da área da saúde no serviço, sem vinculação formal ao modelo de acordo com a portaria 2.488 de 2011 (BRASIL, 2011). Assim, encontraram-se 26 (84%) Assistentes Sociais, 13 (42%)

Nutricionistas, quatro (7%) Psicólogos, dois (7%) Farmacêuticos e um (3%) Educador Físico em atividade nesses serviços.

Demonstrou-se, até o momento, a composição das equipes de trabalho da ESF. No entanto, a APS de Pelotas conta com 19 (38%) UBS ainda trabalhando no modelo Tradicional, com uma diversidade de profissionais: Médico Clínico Geral e Especialista (Pediatra e Ginecologista), Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Nutricionista, Odontólogo, Educador Físico, podendo ainda dispor de ACS.

O Quadro 11 demonstra o quantitativo de funcionários vinculados às UBS Tradicionais pesquisadas. A relação de profissões apresentada seguiu o preconizado pelo MS quanto às carreiras da área da saúde (BRASIL, 2004). Todas as UBS tinham Enfermeiros e a presença de Clínico Geral nas UBS Tradicionais foi praticamente universal (95%). Em 68%, havia Médicos Especialistas e uma unidade estava sem Médico Clínico Geral ou Especialista. Identificou-se à ausência de Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem em cinco unidades.

Em 16% das unidades Tradicionais havia ACS. A inserção desses profissionais, normalmente prepara o território para a implantação da ESF, pois tem por objetivo desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade (BRASIL, 2011). Observou-se ainda, 47% das unidades trabalharem com Odontólogo, 26% com Nutricionistas e em apenas uma unidade trabalhar o Educador Físico.

Ressalta-se a escassa presença de Farmacêutico nas UBS trazendo a necessidade de inserção do profissional na APS, de forma que este realize não apenas ações de gestão da assistência farmacêutica, mas que possa focar-se, também, nas ações de cuidado à saúde dos usuários. O papel do Farmacêutico qualifica a atenção integral aos pacientes a partir da sua prática clínica e também potencializa as ações realizadas pelos demais profissionais no referente ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito de promover ou de prevenir, ou ainda reabilitar em saúde (BRASIL, 2011).

Segundo o MS, na avaliação de fatores de risco para a saúde, elenca-se o sedentarismo, a alimentação inadequada e o tabagismo, diretamente relacionados ao estilo de vida das pessoas, sendo estes responsáveis por mais de 50% do risco total de desenvolver algum tipo de doença crônica, mostrando-se essa relação causal mais decisiva que a combinação de fatores genéticos e ambientais. Inerente as práticas profissionais da APS está o estímulo às mudanças de atitude e comportamento para o enfrentamento desses fatores de risco, comuns às diversas doenças crônicas (Brasil, 2014).

Sabe-se que a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a realização plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2003). A oferta de ações primárias de alimentação e nutrição na rede de APS, ou a sua incorporação na atuação das equipes de saúde, implica em promover o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde. De acordo com MS, a inserção dessas ações no âmbito das estratégias de atenção à saúde, de forma multidisciplinar, promove o apoio e a incorporação qualificada do nutricionista na rede básica de saúde (BRASIL, 2008).

Entende-se ser a atividade física eficaz em vários tratamentos para os problemas de saúde da população, pois promove uma recuperação mais rápida e o controle da doença de forma segura, obtendo melhores resultados com menos despesas. O sedentarismo é o problema de saúde pública de maior prevalência na população mundial, influenciada a partir das enormes mudanças ocorridas no modo de vida das pessoas, sendo um fator agregador de doenças. Problemas cardiovasculares, obesidade, hipertensão, diabetes e doenças crônicas degenerativas apresentam um alto índice entre as mortalidades e as incapacidades mundiais (BARROS, 2011). Uma forma eficaz de tratamento e prevenção de doenças é utilizar as práticas de atividade física orientada dentro das unidades de atendimento, pois são capazes de promover coletivamente ações de promoção da saúde.

Assim, a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) possibilitaria a integração do outros profissionais da área da saúde à equipe multidisciplinar mínima ou ampliada da ESF para agir em parceria com as equipes, cujo objetivo é ampliar o escopo das ações da APS. O NASF, no Brasil, serve como um dispositivo estratégico para melhorar a qualidade assistencial, o compartilhamento de saberes e a capacidade de resolutividade clínica das equipes (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011). Pelotas ainda não dispõe de NASF em seu sistema de saúde, mas de acordo com o Plano Municipal de Saúde (2014) a SMS pretende realizar adesão a este Programa.

Quadro 11 – Equipe de trabalho das Unidades Básicas de Saúde Tradicionais

<b>Profissões</b>	*UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS 7	UBS 8	UBS 9	UBS 10	UBS 11	UBS 12	UBS 13	UBS 14	UBS 15	UBS 16	UBS 17	UBS 18	UBS 19
Médico Clínico Geral																			
Médico Especialista																			
Enfermeiro																			
Auxiliar de Enfermagem																			
Técnico de Enfermagem																			
Assistente Social																			
Nutricionista																			
Odontólogo																			
Educador Físico																			
Agente Comunitário de Saúde																			

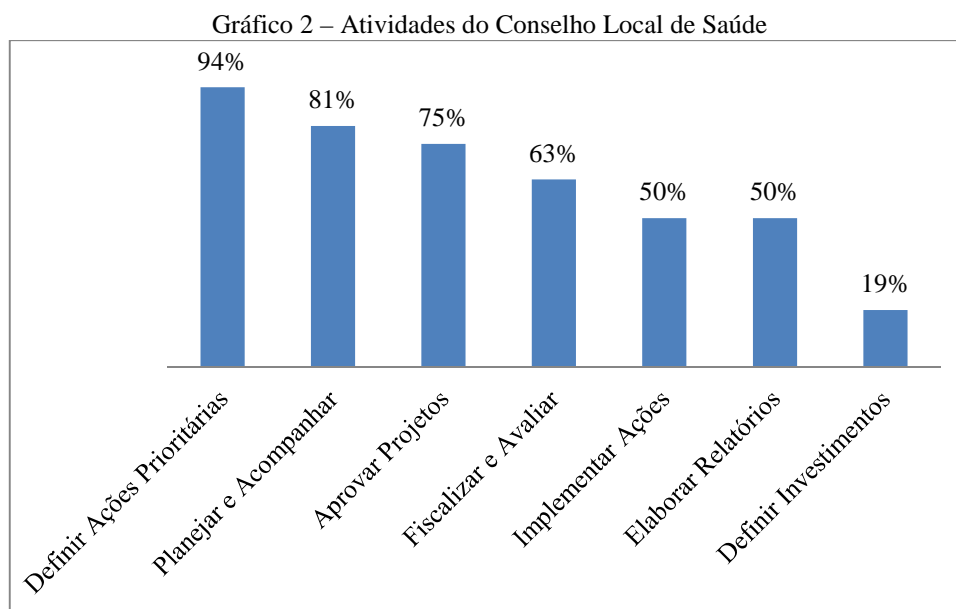
\*UBS 1, 2, 3.... unidades entrevistadas

Fonte: elaboração própria (2015).

#### 4.1.4 Conselho Local de Saúde

Ao serem perguntados sobre a existência do Conselho Local de Saúde (CLS), 32% das unidades participavam com representante da UBS junto ao CLS. O Conselho mantinha diversas atividades periódicas, apresentadas no Gráfico 2, sendo uma das principais funções deliberar junto à comunidade sobre as principais ações realizadas pela UBS e projetar ações futuras. A maioria das reuniões no CLS acontecia mensalmente.

No Gráfico 2, demonstram-se as principais atividades desempenhadas pelos CLS do município. A atividade menos realizada foi a definição de investimentos. Esse fato pode dever-se à pequena esfera de abrangência do CLS, estando presente em apenas 16 (32%) UBS, não havendo diferença estatística na distribuição por modelo de atenção ( $p = 0,960$ ). No entanto, quando se fazia atuante, o CLS se mostrou um aliado quanto à definição de ações prioritárias para a unidade, pois esta atividade foi referida em 94% das UBS (100% ESF; 83% Tradicional). Além dessa, outras atividades mais referidas nas UBS da ESF foram aprovar projetos, fiscalizar e avaliar, planejar e acompanhar, enquanto nas Tradicionais foram aprovar projetos e planejar e acompanhar.



Fonte: elaboração própria (2015).

Segundo o Art. 3º do Estatuto do Conselho Gestor das Unidades de Saúde, compete aos CLS:

- i. coordenar a pesquisa da realidade de saúde na área de abrangência da unidade;

- ii. elaborar o plano de trabalho da Unidade, decidir as prioridades e programas a serem desenvolvidos de acordo com as diretrizes da SMS;
- iii. planejar e avaliar a qualidade no atendimento a população da Unidade;
- iv. participar da elaboração do planejamento anual da Unidade de Saúde;
- v. elaborar o regimento interno observando as diretrizes do CMS e eleger sua coordenação;
- vi. definir, controlar e avaliar a política local de saúde, em consonância com o Plano Municipal de Saúde, garantindo a universalização da assistência;
- vii. participar das reuniões do Conselho Distrital de Saúde, levando suas reivindicações e colaborando na construção deste processo;
- viii. propor ações para melhoria na qualidade dos serviços de saúde na área de abrangência;
- ix. organizar os serviços de saúde atendendo as necessidades prioritárias da população;
- x. planejar ações, acompanhar, avaliar e retornar com as decisões e informações para a comunidade;
- xi. fazer a ligação entre o Conselho da Unidade e o Conselho Distrital de Saúde, além de organizar os serviços e o atendimento à população.

Estabelecendo um comparativo entre o preconizado no estatuto e o desempenhado nos 16 CLS do município, percebem-se não existirem ações de pesquisa na área da saúde, tampouco ações de avaliação da qualidade do atendimento prestado. Também não foi relatada a existência de regimento interno. Conclui-se então, por mais importante que seja o papel desempenhado pelo CLS, a atuação deles no município não cumpre o papel de instância de deliberação e fiscalização no gerenciamento dos serviços de saúde da UBS.

A periodicidade das reuniões do CLS foi mensal em 70% das vezes, bimensal em 13% e sem período definido em 17%. Encontrou-se frequência mensal dessas reuniões em 80% das UBS ESF e em 50% das Tradicionais. Os CLS estavam em funcionamento em média a cerca de quatro anos ( $dp = 3,5$ ). Na seção 4.1.5 abordam-se as relações com as instituições que mantêm relacionamentos com a APS.

#### 4.1.5 Relações das UBS com a Secretaria Municipal de Saúde e as Instituições

Na entrevista indagou-se ao responsável/gestor qual a importância das relações mantidas com SMS e as diversas instituições vinculadas diretamente com a UBS, em uma escala de opinião em cinco categorias: nenhuma importância, pouca importância, importante, muitíssimo importante e muito importante. Também foi solicitado atribuir uma nota em uma escala *likert* (zero a dez) para cada um dos vínculos estabelecidos.

Observa-se, na Tabela 5, que 76% dos responsáveis/gestores consideraram como muitíssimo/muito importante a relação com a Central de Marcação de Consultas (81% na ESF; 68% na Tradicional). No entanto, ao avaliarem como está esta a relação, atribuíram nota cinco ( $dp = 2,3$ ), com opinião semelhante nos dois modelos de atenção. Esse fato pode estar associado à grande dificuldade de marcação de consultas especializadas existente no município e às mudanças de protocolo de marcação implementadas pela SMS no último ano, com o agendamento das necessidades mais urgentes pela Assistente Social da UBS diretamente na Central de Marcação. Essa alteração não desafogou o sistema de agendamento, pois não houve, por parte da SMS, mudanças na agenda, ou seja, aumento do número de consultas. A Assistente Social tem de se deslocar uma vez por semana e ir presencialmente até a SMS realizar os agendamentos – além disso, nem todas as UBS do município têm Assistente Social. Dessa forma, as urgências dessas unidades ficam sem nenhum tratamento diferenciado.

Observou-se, quanto à Central de Regulação de Leitos, que 48% dos respondentes consideraram-na como nenhuma/pouca importância (39% na ESF; 62% na Tradicional) e atribuíram nota quatro ( $dp = 2,0$ ) à relação (3,9 na ESF; 4,9 na Tradicional). Este fato alerta para a pouca integração no Sistema Público de Saúde do município, pois este vínculo é de suma importância para o nível primário de atenção (SOUZA; COSTA, 2011). Os responsáveis/gestores das unidades deveriam ter uma ótima relação com a Central de Regulação de Leitos, visto este serviço estar diretamente ligado à assistência e, se funcionar adequadamente, desafoga o Pronto Socorro Municipal (PSM), que hoje serve de porta de entrada dos usuários encaminhados pelas UBS na busca por um leito para internação (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Em relação aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), quanto à importância da relação, 50% dos respondentes consideraram-na como muitíssimo/muito importante (26% na ESF; 65% na Tradicional) e 38% como importante (63% na ESF; 23% na Tradicional), mas atribuíram nota seis ( $dp = 2,6$ ) ao avaliar como está a relação (6,4 na ESF; 5,8 na



Tradicional). Os CAPS são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipes multiprofissionais que atuam de forma interdisciplinar e realizam, prioritariamente, atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes ou com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). Apesar da nota seis não ser alta nessa avaliação, foi identificada uma forte comunicação entre as UBS e a Coordenação dos CAPS do município, sendo referida pelos respondentes a participação mensal em reuniões junto com a Coordenação dos CAPS, para discutir ações futuras e a inserção de usuários para acompanhamento nos CAPS mais próximos à UBS. Essa possibilidade de diálogo e de parceria foi demonstrada nos indicadores de importância. No entanto, não se configurou ao avaliar-se a relação, um dado que identifica as dificuldades enfrentadas pelos CAPS do município que não dispõe do número de unidades e de profissionais suficientes para prestar assistência à população, principalmente na contratação de Médicos Psiquiatras para atender o sistema de saúde.

Quanto à Farmácia Municipal, 44% dos respondentes consideraram importante a prestação desse serviço (39% na ESF; 53% na Tradicional) e 36% como muitíssimo/muito importante (42% na ESF; 26% na Tradicional) atribuindo nota seis à relação ( $dp = 1,6$ ), (6,4 na ESF; 6,5 na Tradicional). As funções da Farmácia Municipal são a prestação de atendimento aos usuários do município e o abastecimento de medicamentos da lista da relação municipal de medicamentos (REMUNE) aos seis distritos da rede e também disponibilizar medicamentos de urgência e emergência para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI). Além de fornecer medicamentos psicofármacos, antibióticos e alguns de uso contínuo no balcão da farmácia diretamente ao usuário, libera também medicamentos por ordem judicial. A avaliação com nota seis pode estar associada ao fornecimento de remédios e materiais aos distritos sanitários feito por uma rota que tem como periodicidade a segunda quinzena de cada mês, mas nem sempre é cumprida em função da falta de medicamentos e pela demora nas licitações do município, relataram os entrevistados.

Em relação ao Laboratório de Análises Clínicas, 48% dos respondentes o consideraram como muitíssimo/muito importante essa prestação de serviço (51% na ESF; 42% na Tradicional) e 42% como importante (26% na ESF; 16% na Tradicional), avaliando a relação com nota seis ( $dp = 2,0$ ), com opinião de nota sete na ESF e seis na Tradicional. Os Laboratórios de Análises Clínicas são aliados fundamentais ao diagnóstico Médico, pois após

a coleta do material (amostra biológica obtida adequadamente para fins de diagnóstico) que termina com a emissão de um laudo, o usuário retorna à UBS para avaliação Médica e prescrição de medicamentos e cuidados, se necessário for. Observou-se que a coleta na Zona Rural é feita na própria UBS com dia e hora agendados, evitando o deslocamento do usuário até a cidade em função da distância e do custo de transporte. Essa medida da SMS permitiu aos pacientes realizar os exames de saúde, o que muitas vezes não acontecia aos moradores da Zona Rural.

Ao avaliar a relação com os Hospitais, 48% dos entrevistados referiu como nada/pouco importante (42% na ESF; 58% na Tradicional) e atribuíram nota cinco ( $dp = 2,0$ ) para ela tanto no conjunto das UBS quanto na estratificação por modelo de atenção. Salienta-se que, durante as entrevistas, os respondentes não consideraram os Hospitais como parceiros efetivos da assistência prestada, pois a maioria das UBS não consegue internar os pacientes diretamente no Hospital através da Central de Regulação de Leitos, o que acarreta o encaminhamento via PSM, superlotando-o na espera de um leito. E quando o usuário é internado, não recebe do Hospital o retorno para a UBS do cuidado dispensado ao paciente, como informações importantes de medicamentos utilizados, procedimentos realizados, laudos e estado do usuário no momento da alta hospitalar. No entanto, para as UBS da UCPEL, este fato não ocorreu, visto a Universidade ter Hospital de Ensino e os profissionais que atendem na UBS também o fazem no Hospital ou conhecem colegas que lá trabalham. Este fato facilita a relação e estreita os laços de comunicação entre a UBS e a instituição para conseguir internar um usuário e obter informações do cuidado prestado.

A SAMU foi avaliada como muitíssimo/muito importante para 62% dos entrevistados (65% na ESF; 58% na Tradicional) com uma nota sete para a relação ( $dp = 1,6$ ), (7,3 na ESF; 7,2 na Tradicional). Na área de urgência e emergência, desde 2001 o município divide a gestão do Pronto Socorro Municipal (PSM), com financiamento compartilhado entre a Prefeitura Municipal a UFPEL e a UCPEL. O serviço de transporte é chamado via telefone pelas UBS quando existe um usuário em situação de risco por avaliação médica. A SAMU atende o município inclusive na Zona Rural, tornando-se, muitas vezes, o único meio de transporte de usuários em gravidade até o Hospital.

Em relação ao serviço proporcionado pelo PSM, 64% dos entrevistados consideraram como muito importante (65% na ESF; 72% na Tradicional) e 24% como importante (23% na ESF; 26% na Tradicional), atribuindo nota sete ( $dp = 1,5$ ) para a relação (7,7 na ESF; 7,3 na Tradicional). O PSM é sediado junto ao Hospital Universitário São Francisco de Paula, pertencente à UCPEL e atende em média 350 pacientes por dia.

Trabalham no PSM: Profissionais Socorristas, Médicos Clínicos, Enfermeiros, Odontólogos, Técnicos de Enfermagem, Cirurgiões, Assistente Social e equipe de apoio administrativo. Os pacientes necessitados de internação ou cirurgia são encaminhados aos cinco Hospitais da cidade através de Central de Regulação de leitos (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). Observa-se que, na avaliação geral da relação, o PSM recebeu a maior nota de todas as relações com instituições. Este fato pode estar associado aos profissionais da UBS considerarem o PSM como porta de entrada para a internação e acesso mais imediato a exames complementares para esclarecimento diagnóstico, o que acarreta superlotação evidenciada no município (BRASIL, 2002; DIAS, 2008).

O Pronto Atendimento foi avaliado como muitíssimo/muito importante em 34% das respostas dos responsáveis/gestores das UB (29% na ESF; 42% na Tradicional) e importante em 34% (39% na ESF; 26% na Tradicional), recebendo nota sete ( $dp = 1,9$ ) para a relação (6,5 na ESF; 6,4 na Tradicional). Assim as Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA) são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgência hospitalares, definidas como unidades não hospitalares que devem funcionar nas 24 horas do dia e estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência de média complexidade. Essas unidades devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014; BRASIL 2002).

Quanto à avaliação do trabalho desempenhado pelo CMS, 60% dos entrevistados referiram como nada/pouco importantes (55% na ESF; 69% na Tradicional) e atribuíram nota cinco ( $dp = 2,0$ ) para a relação entre ambos, tanto na ESF quanto na Tradicional. Os Conselhos de Saúde foram instituídos pela Lei nº 8.142/90 e reforçados pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Formados nos estados e municípios brasileiros, acumulam experiências no desempenho de suas atribuições legais e políticas de atuar na formulação de estratégias de operacionalização da política de saúde e no controle social da execução da política de saúde. O CMS de Pelotas é a principal instância de controle social do SUS em âmbito municipal, composto por 48 conselheiros titulares e seus suplentes, representando quatro segmentos: governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (a representação dos usuários é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos). O CMS tem as atribuições de: acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas, filantrópicas e privadas, integrantes do SUS no âmbito do município; discutir, elaborar e aprovar proposta de

operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde; atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, apreciar e aprovar os critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços, coordenar, acompanhar, avaliar e redimensionar o funcionamento dos Conselhos Locais das UBS, Conselhos Distritais de Saúde (CMSPEL, 2015). Após descrever-se a importância das atribuições vinculadas ao CMS, discute-se a avaliação baixa dos responsáveis/gestores das UBS quanto à relação. Não se observou a consonância entre as ações que constam no Estatuto do CMS com as ações efetivamente praticadas nas unidades. A maioria dos respondentes referiu não receber a visita de alguém do CMS há mais de um ano e, quando a recebia, sempre era em função de alguma denúncia realizada por um usuário da UBS.

O CLS estava presente em apenas 16 UBS e, dessas, a relação com o CLS foi apontada como muitíssimo/muito importante apenas em oito UBS: seis da ESF e duas Tradicionais. A nota sete atribuída para a relação ( $dp = 2,4$ ), sendo (8,2 na ESF; 6,0 na Tradicional). O CLS, quando atuante, tem proximidade à UBS, pois um funcionário da unidade faz parte do Conselho, muitas vezes, como presidente. Dessa forma, pode-se fazer a mediação entre o que a comunidade local precisa e anseia em assistência com a realidade na prestação desse serviço, pois vivencia, na prática, a forma organizacional e a disponibilidade de recursos para ofertar o atendimento. O CLS é a instância, na visão dos entrevistados, muito mais eficaz e que se traduz em melhorias na efetividade da intervenção, pois se o CLS verifica quais são as dificuldades da UBS, consegue organizar a comunidade e intervir, resolvendo a situação diretamente, como é o caso das unidades reformadas pela comunidade. Também buscam falar diretamente com a Secretária da Saúde do Município, solicitando as mudanças e o apoio necessário para qualificar a assistência prestada.

Quanto à Coordenação da APS/ESF, 30% dos entrevistados a consideraram como muitíssimo/muito importante (32% na ESF; 26% na Tradicional) e 46% como importante (45% na ESF; 47% na Tradicional), atribuindo-lhe nota seis ( $dp = 1,8$ ), (6,7 na ESF; 6,1 na Tradicional). A Coordenação refere-se ao trabalho de gestão do nível primário de assistência à saúde desempenhada pela Secretária da Saúde e pela Superintendência de Ações de Saúde do município, com a função de coordenar as UBS, serviços do Centro de especialidades, os CAPS, entre outros serviços da Saúde Mental, Programas de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e do Idoso e DST/AIDS. Também tem outras atribuições, como o planejamento e a execução das políticas assistenciais preconizadas pelo MS, como adesão ao Programa Mais Médicos bem como Políticas Municipais de Atenção, exemplo: Mãe Pelotense (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Em relação à Supervisão da APS/ESF, 48% dos respondentes a consideraram como muitíssimo/muito importante (26% na ESF; 22% na Tradicional) e 30% como importante a relação (42% na ESF; 61% na Tradicional), com nota sete ( $dp = 1,9$ ) tanto na ESF quanto na Tradicional. Observa-se ter a Supervisão uma ligação direta com a UBS, sendo exercida pelos Gerentes Distritais que visitam periodicamente a unidade e fazem o elo entre a SMS e a UBS. A criação do cargo Gerente Distrital é uma inovação de recursos humanos para a SMS e para as UBS. O cargo surgiu em 2013, evidenciando a necessidade de ter um canal de comunicação efetivo junto à prestação de serviço e ao gerenciamento das necessidades de cada unidade. Ele tem a função de verificar as necessidades de cada UBS em relação à estrutura, recursos humanos, equipamentos, medicamentos, materiais, gestão participativa com o chefe da UBS, apoiando-o nas carências da comunidade, levando ao conhecimento da SMS a resolução das questões apuradas. No entanto, a função não cumpria com o preconizado, pois o Gerente assumia, em média, seis UBS para trabalhar e não dispunha de tempo para engajar-se mais profundamente com as questões organizacionais de cada unidade.

A relação com a 3ª CRS foi apontada como nada/pouco importante para 64% dos responsáveis/gestores das UBS (58% na ESF; 74% na Tradicional), sendo-lhe atribuída nota quatro ( $dp = 2,2$ ), (4,6 na ESF; 3,9 na Tradicional). A UBS tem pouco ou nenhum contato com a 3ª CRS, pois normalmente essa relação se dá através da SMS com a distribuição de vacinas, a campanha de vacinação e outras atividades das quais a 3ª CRS participa no fornecimento das medicações. Não se observou, junto aos entrevistados, um maior conhecimento ou relações com a 3ª CRS. As sínteses de todas as respostas estão demonstradas na Tabela 5.

Tabela 5 – Escala de avaliação das relações da Unidade Básica de Saúde

Avaliação da Importância da Relação (N/%) Nota para esta Relação*						
Importância da Relação	Nenhuma / Pouca Importância	Importante	Muitíssima / Muita Importância	Média	Mediana	Desvio Padrão
Marcação de Consulta	5 (10%)	7 (14%)	38 (76%)	5,0	5,5	2,3
Regulação de Leitos	24 (48%)	14 (28%)	12 (24%)	4,5	5,0	2,0
CAPS	6 (12%)	19 (38%)	25 (50%)	6,2	7,0	2,6
Farmácia Municipal	10 (20%)	22 (44%)	18 (36%)	6,5	7,0	1,6
Lab. Análises Clínicas	5 (10%)	21 (42%)	24 (48%)	6,5	7,0	2,0
Hospitais	24 (48%)	14 (28%)	12 (24%)	5,3	5,0	2,0
SAMU	7 (14%)	12 (24%)	31 (62%)	7,3	8,0	1,6
Pronto Socorro	6 (12%)	12 (24%)	32 (64%)	7,5	8,0	1,5
Pronto Atendimento	16 (32%)	17 (34%)	17 (34%)	6,6	7,0	1,9
CMS	30 (60%)	16 (32%)	4 (8%)	5,1	6,0	2,0
CLS	6 (37%)	2 (13%)	8 (50%)	7,4	8,0	2,4
Coordenação da APS/ESF	12 (24%)	23 (46%)	15 (30%)	6,5	7,0	1,8
Supervisão da APS/ESF	11 (22%)	15 (30%)	24 (48%)	6,8	7,0	1,9
3ª CRS	32 (64%)	17 (34%)	1 (2%)	4,4	4,5	2,2

Fonte: elaboração própria (2015).

#### 4.1.6 Inovações

O estudo investigou a opinião do Gestor Municipal, do Presidente do CMS, da Superintendente de Ações em Saúde e dos nove Gerentes Distritais quanto ao grau de importância dos impulsionadores das inovações em serviço em uma escala *likert* que variou de zero (nenhuma importância) a cinco (muitíssima importância).

Na avaliação da Secretária Municipal de Saúde, os impulsionadores considerados como muitíssimo importantes foram os recursos financeiros federais, os recursos financeiros municipais e as políticas públicas em APS. E os impulsionadores treinamento realizado com as equipes de trabalho e a existência de um canal de comunicação com as UBS receberam classificação como muito importantes.

A aprovação de projetos e a participação popular no Conselho Municipal de Saúde, a presença de um setor dedicado à inovação em APS, a solicitação de mudanças/alterações pelo CMS, pelas equipes de saúde e por pressão da população receberam a conotação de importantes. Nenhum dos impulsionadores da inovação investigados foi avaliado como de pouca ou nenhuma importância. A Superintendente de Ações em Saúde, no entanto, atribuiu o

grau máximo de importância para todos os itens perguntados, exceto a aprovação de projetos no CMS e na participação popular no CMS considerados importantes.

A visão do Presidente do CMS sobre o grau de importância dos impulsionadores da inovação em APS diferiu em alguns aspectos, de forma significativa, da avaliação das gestoras da SMS. Segundo ele, os recursos financeiros federais, as políticas públicas e os treinamentos realizados com a equipe de trabalho são muitíssimos importantes. No entanto, referiu como de pouca importância a participação popular no CMS, recursos financeiros municipais, solicitação de mudanças pela equipe de trabalho, por pressão dos pacientes, pelo CLS e ter um setor dedicado à inovação na SMS.

Esta visão do presidente pode ter sido influenciada pelo pouco tempo que dispunha no cargo e por sua atuação como estatutário estar ligada à outra área que não a saúde na Prefeitura, pois os itens que apontou como pouco importantes formam a base da participação social e sustentam a atuação do CMS como órgão regulador, fiscalizador e apoiador das ações em saúde praticadas no município. Esta afirmação está respaldada por um dos objetivos do CMS: o de estabelecer canais de comunicação com a comunidade para o efetivo controle social, construindo redes de proteção na sociedade (CMS/PEL, 2015).

A questão dos impulsionadores da inovação em APS foi aplicada aos gestores distritais que fazem o contato da SMS com a UBS. O papel principal desempenhado pelos gerentes é o de aproximar e articular os serviços e a gestão da SMS. A ideia partiu do projeto de distritalização da Saúde e a sua efetivação se deu através da criação dos cargos de Gerentes Distritais. Nesse estudo se apresentam as respostas dos gerentes de forma conjunta, pois se entende que eles trabalham de forma similar e têm a mesma autonomia, recursos e processos a desempenhar junto às unidades.

A maioria dos Gerentes Distritais apontou como muitíssimo importantes as políticas públicas e ter um canal de comunicação eficaz com as UBS. Esta avaliação sobre a comunicação pode estar ligada à forma de trabalho dos gerentes com as unidades, pois eles fazem essa ligação da SMS com a UBS. Ao visitarem as unidades com periodicidade, estreitam os laços delas com a coordenação, trazendo ao conhecimento da SMS, os problemas, as dúvidas, as necessidades e reivindicações das UBS e, ao mesmo tempo, fazem a supervisão, levam a visão de trabalho e organização da assistência em APS para a UBS (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Os recursos financeiros federais e municipais foram apontados como muito importantes, assim como a aprovação de projetos no CMS e ter treinamento realizado com as equipes de trabalho. Igualmente a importância dos treinamentos tem sido destacada na SMS

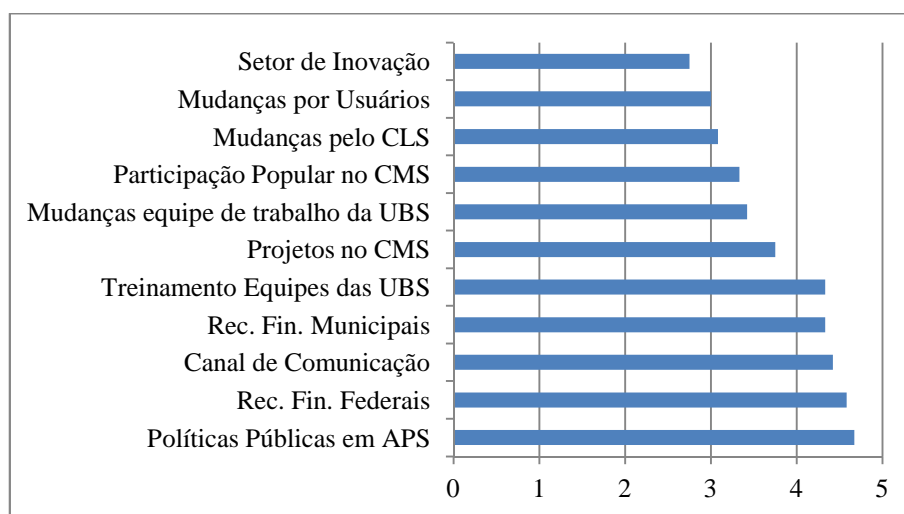
como forma de repassar conhecimentos, práticas de assistência e padronizar as ações em saúde. Um exemplo dessa atuação são os treinamentos realizados para aplicar o calendário de vacinação, com atualização constante do MS e repassada aos profissionais nos treinamentos.

A SMS também realiza treinamento para diversas ações desenvolvidas através da aderência das UBS aos projetos oferecidos pela SMS às unidades, como o tabagismo. Os profissionais da unidade que aderiram ao programa são treinados na SMS para poderem atuar junto aos grupos de usuários e somente após o treinamento começam a receber a medicação para o tabagismo para ser distribuída na UBS ao grupo participante.

Os gerentes atribuíram o grau de importante à participação popular no CMS, à solicitação de mudanças pela equipe e pela pressão dos pacientes, pelo CLS e ter um setor dedicado à inovação em APS. Observa-se que, na visão dos Gerentes Distritais, a solicitação de mudanças pela equipe e pelos pacientes não recebeu o grau máximo de importância, fato inversamente associado com a função de trabalho deles, que têm como parte das suas atribuições fazer o elo entre a UBS e a SMS.

Ouvir e dar atenção às equipes de trabalho e aos usuários sobre as suas reivindicações de mudanças deveria ser uma premissa de grande importância, pois através deste contato estreitado, a SMS tem conhecimento do que se passa dentro da UBS e das suas maiores necessidades em todas as áreas por este estudo abrangidas, ou seja, estrutura, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, gestão, exames e atendimento ao usuário. O Gráfico 3 sintetiza a visão geral dos Coordenadores da APS na SMS e do Presidente do CMS sobre os impulsionadores das inovações em grau de importância.

Gráfico 3 – Impulsionadores da inovação em Atenção Primária À Saúde



Fonte: elaboração própria (2015).



Perguntou-se aos responsáveis/gestores das 50 UBS sobre as inovações advindas no decorrer do ano anterior à data da entrevista, nas quatro dimensões da inovação: produto, processo, *marketing* e organizacional (MANUAL DE OSLO, 2005). E dentro dessa classificação, em sete perspectivas: estrutura, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, exames, gestão e atendimento ao usuário (DONABEDIAN, 1992).

Abordou-se, também, a importância da inovação para a unidade, com a atribuição de uma nota na escala *likert* (zero a dez), o período de tempo em que ocorreram e se essas inovações eram novidades para a população ou melhorias realizadas para a UBS na prestação de serviços de saúde.

A Tabela 6 demonstra a frequência de inovações ocorridas a partir da somatória das suas dimensões e sua distribuição para todas as UBS e por modelo de atenção. Observa-se que apenas 24% das UBS tiveram inovação nas quatro dimensões, sendo todas ligadas à ESF. A UBS com uma inovação era Tradicional e a inovação introduzida foi de produto. Salienta-se que as UBS com mais inovações no período analisado pertenciam à ESF e, em sua maioria, as dimensões eram de produto, processo e organizacional.

Tabela 6 – Somatória das dimensões da inovação em serviço e sua distribuição nas Unidades Básicas de Saúde e por modelo de atenção

Somatória das Dimensões*	UBS (N/%)		
	Total	ESF	Tradicional
Uma	1 (2)	0	1
Duas	6 (12)	1	5
Três	31 (62)	18	13
Quatro	12 (24)	12	0
Total de UBS	50 (100)	31	19

\* Dimensões da Inovação: produto, processo, *marketing*, organizacional.  
Fonte: elaboração própria (2015).

A Tabela 7 descreve os resultados das dimensões das inovações nas perspectivas analisadas para o conjunto das 50 UBS e por modelo de atenção. Encontrou-se introdução de inovação de produto em 49 UBS, abrangendo 98% dos serviços estudados. A única UBS sem inovação de produto era da ESF. Dentre as perspectivas analisadas na UBS as mais referidas foram às inovações em equipamentos (86%); em atendimento ao usuário (80%), em gestão (78%) e em recursos humanos (74%). Destacaram-se as maiores prevalências de algumas inovações nas UBS da ESF quando comparadas as demais: em gestão (97% na ESF; 47% na Tradicional), atendimento ao usuário (97% na ESF; 53% na Tradicional) recursos humanos (84% na ESF; 58% na Tradicional) e em medicamentos e materiais (48% na ESF; 5% na Tradicional).

As inovações de processo ocorreram em 45 UBS (90%), deixando de fora uma UBS da ESF e quatro Tradicionais. No geral, estiveram mais destacadas as perspectivas atendimento ao usuário (86%), gestão (82%) e recursos humanos (72%). Em favor da ESF encontraram-se as perspectivas: gestão (97% na ESF; 58% na Tradicional), atendimento ao usuário (97% na ESF; 68% na Tradicional), recursos humanos (87% na ESF; 47% na Tradicional) e exames de apoio diagnóstico (65% na ESF; 26% na Tradicional). A perspectiva com menos inovações na tipologia processo foi a de equipamentos.

As inovações de *marketing* ocorreram em 16 UBS, o que representa 32% das unidades e quanto ao modelo de atenção apenas uma era Tradicional. Estiveram representadas nas perspectivas medicamentos e materiais, exames de apoio diagnóstico e atendimento ao usuário. Assim, a maioria dessas inovações estava ligada à ESF com destaque para a perspectiva atendimento ao usuário. Evidenciou-se não terem ocorrido inovações de *marketing* nas seguintes perspectivas: estrutura, recursos humanos, equipamentos e gestão.

As inovações organizacionais ocorreram em 44 UBS (88%) das unidades, envolvendo a maioria das UBS ESF (94%) e 79% das Tradicionais. Na ESF, sobressaíram-se as inovações ocorridas em atendimento ao usuário (90%), gestão (87%); recursos humanos (81%) e exames de apoio diagnóstico (58%). Nas UBS Tradicionais a maior referência foi para a perspectiva atendimento ao usuário (58%).

Como destacado nos resultados, a maioria das inovações no período analisado ocorreu em unidades ligadas à ESF. Essa forma de reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, busca uma nova dinâmica de atuação com definição clara de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Segundo o MS, as equipes de ESF podem resolver até 85% dos problemas de saúde da comunidade onde atuam, prestando atendimento médico, prevenindo doenças e evitando internações desnecessárias. Tais ações operacionalizadas em conjunto podem melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2011).

Tabela 7 – Total de inovações em serviço nas Unidades Básicas de Saúde e por modelo de atenção

Dimensões	UBS (N/%)		
	Total	ESF	Tradicional
<b>Produto</b>	49 (98)	30 (96,8)	19 (100)
Estrutura	29 (58)	18 (58,1)	11 (57,9)
Recursos Humanos	37 (74)	26 (83,9)	11 (57,9)*
Equipamentos	43 (86)	27 (87,1)	16 (84,2)
Medicamentos e Materiais	16 (32)	15 (48,4)	1 (5,3)**
Exames de Apoio Diagnóstico	20 (40)	13 (41,9)	7 (36,8)
Gestão	39 (78)	30 (96,8)	9 (47,4)**
Atendimento ao Usuário	40 (80)	30 (96,8)	10 (52,6)**
<b>Processo</b>	45 (90)	30 (97)	15 (79)
Estrutura	8 (16)	6 (19,4)	2 (10,5)
Recursos Humanos	36 (72)	27 (87,1)	9 (47,4)**
Equipamentos	4 (8)	4 (12,9)	-
Medicamentos e Materiais	8 (16)	7 (22,6)	1 (5,3)
Exames de Apoio Diagnóstico	25 (50)	20 (64,5)	5 (26,3)*
Gestão	41 (82)	30 (96,8)	11 (57,9)**
Atendimento ao Usuário	43 (86)	30 (98,8)	13 (68,4)**
<b>Marketing</b>	16 (32%)	15 (48,4%)	1 (5,3%)**
Estrutura	-	-	-
Recursos Humanos	-	-	-
Equipamentos	-	-	-
Medicamentos e Materiais	8 (16)	8 (25,8)	-
Exames de Apoio Diagnóstico	11 (22)	11 (35,5)	-
Gestão	-	-	-
Atendimento ao Usuário	14 (28)	13 (41,9)	1 (5,3)**
<b>Organizacional</b>	44 (88)	29 (93,5)	15 (78,9)
Estrutura	6 (12)	6 (19,4)	-
Recursos Humanos	31 (62)	25 (80,6)	6 (31,6)*
Equipamentos	1 (2)	1 (3,2)	-
Medicamentos e Materiais	9 (18)	9 (29)	-
Exames de apoio Diagnóstico	23 (46)	18 (58,1)	5 (26,3)*
Gestão	33 (66)	27 (87,1)	6 (31,6)**
Atendimento ao Usuário	39 (78)	28 (90,3)	11 (57,9)**

\*p < 0,005- Teste Qui-quadrado de Pearson.

\*\*p < 0,005- Teste Exato de Fischer.

Fonte: elaboração própria (2015).

As Tabelas 8 a 15 apresentam as inovações nas dimensões: produto, processo, *marketing* e organizacional, nas perspectivas: estrutura física, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, exames de apoio diagnóstico, gestão e apoio ao usuário, com especificações de quais foram às inovações realizadas sob cada perspectiva. Também demonstram se as inovações eram novas ou melhorias realizadas, com a atribuição de uma nota na escala *likert* (zero a dez) para as inovações e o período de tempo em que ocorreram.

#### 4.1.6.1 Inovação de produto

A seguir, nas Tabelas 8 e 9 evidenciam-se as inovações de produto ocorridas nas 50 UBS analisadas. Observa-se que cada UBS pode ter tido mais de uma inovação no período e por esse motivo, o total de inovações ultrapassa 100%. Verificou-se que, das 29 UBS com inovação de produto em estrutura no período, todas tiveram alguma reforma estrutural predial e 65% foram pintadas. Outros investimentos foram troca de pisos/janelas/revestimento interno e construção nova. A inovação foi avaliada como uma melhoria executada na estrutura em 66% das situações. Quanto à inovação em estrutura de acordo com o modelo de atenção, verificou-se a construção de quatro unidades novas de ESF. Em média, a nota atribuída foi sete ( $dp = 1,0$ ) e a inovação ocorreu acerca de nove meses da data da entrevista, sem diferença entre os modelos.

Das 37 UBS com inovação de produto em recursos humanos, 95% referiu-se à vinda de profissionais médicos para compor as equipes de trabalho, sendo 74% para as equipes de ESF de acordo com a proposta da SMS de reorganização e ampliação do número de equipes, devido a adesão ao Programa Mais Médicos do Brasil (PMMB) e ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Médica (PROVAB) desde 2013. A inserção de Enfermeiros nas equipes de trabalho foi informada em 76% das UBS como uma inovação, sendo também citado o aumento do quantitativo de Técnicos de Enfermagem e Odontólogos. A maioria dos novos Enfermeiros (75%) compôs as equipes de trabalho da ESF. Todas as inovações eram consideradas novas para a UBS, e foi atribuída uma nota geral com média de oito ( $dp = 1,4$ ) para a inovação (8,7 na ESF; 8,0 na Tradicional). As inovações na estrutura e tipologia recursos humanos ocorreram em média há 10 meses antes da entrevista.

Em relação às 43 (86%) UBS, 27 (54%) ESF e 16 (32%) tradicionais com inovação de produto em equipamentos, as inovações citadas foram: 95% de aparelhamentos para uso médico, 93% em mobiliário, 74% em equipamentos para o dentista e 70% em outros tipos de

equipamentos. De acordo com os relatos, observou-se ter a Saúde Bucal verba própria para equipar os consultórios odontológicos da ESF, cumprindo com a legislação (BRASIL, 2019). Essas inovações foram 93% novas para a unidade e tiveram nota sete na avaliação geral (7,7 na ESF; 6,6 na Tradicional). As inovações ocorreram em média há onze meses antes da entrevista.

Todas as 16 (32%) UBS com inovação de produto em medicamentos e materiais receberam medicamentos para o controle e a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e, dessas, 94% eram da ESF. Observou-se que 56% haviam recebido a pílula do dia seguinte (oito da ESF e uma Tradicional) e apenas três dispunham de medicamento para o combate ao tabagismo, todas da ESF. Todas as inovações foram novas para a unidade e avaliadas com nota oito (dp = 1,6) considerando as UBS com esta inovação (7,9 na ESF e 9,0 na Tradicional), tendo ocorrido em média dez meses antes da entrevista, sem diferença entre os modelos.

Nas 20 UBS com inovação em exames de diagnóstico, 13 eram da ESF e sete tradicionais. Quanto à especificação da inovação, todas receberam os kits de teste rápido para HIV, 90% para testagem de sífilis e hepatite (12 na ESF e 6 na Tradicional), sendo 95% produtos novos para a unidade, com nota sete nas unidades ligadas à ESF e nota oito nas Tradicionais. As inovações ocorreram em média há 11 meses na unidade.

Quanto às 39 (78%) UBS com inovação de produto em gestão, 30 (97%) do modelo ESF e nove (47%) tradicionais informaram a sua introdução na rotina do serviço. Em todas houve a criação de protocolo de trabalho e 85% ampliaram seu escopo de atendimento, trabalhando sob livre demanda além dos atendimentos programados (agendados). Verificou-se terem as unidades da ESF, por norma técnica, de realizar o planejamento das ações e protocolos de trabalho, além de precisarem aumentar o número de atendimentos (BRASIL, 2011). Mais da metade (64%) das inovações em gestão foram novas, sendo atribuída nota oito na ESF e nota sete no modelo Tradicional e, tendo ocorrido, em média, há dez meses da entrevista.

Em relação às inovações quanto ao atendimento ao usuário verificadas em 40 (80%) das 50 UBS, identificou-se que 95% especificaram a criação de critérios de risco na abordagem clínica da demanda espontânea, e que, em 82% das UBS houve alguma mudança relativa à triagem e ao acolhimento. Tais inovações ocorreram, em maioria, nas UBS que trabalhavam com a ESF. As inovações foram 60% novas para a unidade, sendo avaliadas com nota oito (dp = 1,5), sendo de oito na ESF e de sete na Tradicional, e ocorridas em média, há onze meses da entrevista, sem diferença entre os modelos.

Tabela 8 – Inovação de Produto

Perspectivas	A	B	C	D
	*N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
<b>Estrutura (n = 29)</b>	Reforma Estrutural na UBS	Pintura na UBS	Troca de Pisos, Janelas, Revestimentos	Construção de Unidade Nova
	29 (100)	19 (65)	7 (24)	4 (14)
<b>Recursos Humanos (n = 37)</b>	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Odontólogos
	35 (95)	28 (76)	16 (43)	6 (16)
<b>Equipamentos (n = 43)</b>	Equipamento para uso médico	Mobiliário de Uso Geral	Equipamento para o Dentista	Outros equipamentos
	41 (95)	40 (93)	32 (74)	30 (70)
<b>Medicamentos e Materiais (n = 16)</b>	Medicamento DST	Pílula do Dia Seguinte	Medicamento para o Tabagismo	–
	16 (100)	9 (56)	3 (19)	
<b>Exames de Apoio Diagnóstico (n = 20)</b>	Teste Rápido de HIV/AIDS	Teste Rápido de Sífilis e Hepatite	Teste de PSA, TSH, Tireoide	–
	20 (100)	18 (90)	8 (40)	
<b>Gestão (n = 39)</b>	Criação de Protocolo de Trabalho	Atendimento sob Livre Demanda	Idealização de Projetos para a UBS	Participação no Projeto para Centro Comunitário
	39 (100)	33 (85)	20 (51)	6 (15)
<b>Atendimento ao Usuário (n = 40)</b>	Criação de Critérios de Risco	Triagem e Acolhimento	Criação de Grupos de Trabalho	Novo Protocolo de Atendimento no Consultório
	38 (95)	33 (82)	17 (42)	2 (5)

\*N= UBS com inovações de produto.

Fonte: elaboração própria (2015).

Tabela 9 – Avaliação das inovações de produto

Novo ou Melhorado	Estrutura (%)	Recursos Humanos (%)	Equipamento (%)	Medicamentos Materiais (%)	Exames (%)	Gestão (%)	Atendimento ao Usuário(%)
Novo	34	100	93	100	95	64	60
Melhorado	66	0	7	0	5	36	40
Nota para a Inovação	Estrutura	Recursos Humanos	Equipamento	Medicamentos Materiais	Exames	Gestão	Atendimento ao Paciente
Média	7,4	8,4	7,26	7,9	7,3	8,2	8,1
Mediana	7,0	9,0	7,0	8,5	7,0	9,0	8,0
Desvio Padrão	1,0	1,4	1,5	1,6	1,3	1,1	1,5
Período de Tempo em Meses	Estrutura	Recursos Humanos	Equipamento	Medicamentos Materiais	Exames	Gestão	Atendimento ao Usuário
Média	9,3	10	10,6	9,7	10,7	10,3	10,8
Mediana	9,0	9,0	12	11	12	9,0	12
Desvio Padrão	2,2	1,4	1,5	1,6	1,8	1,2	1,9

Fonte: elaboração própria (2015).

#### 4.1.6.2 Inovação de processo

As Tabelas 10 e 11 demonstram as inovações de processo ocorridas nas 50 UBS analisadas. Observa-se que a UBS pode ter tido mais de uma inovação no período na perspectiva analisada, por esse motivo o total de inovações ultrapassa 100%. Verificou-se ainda que oito UBS tiveram inovação de processo em estrutura (12% na ESF; 4% na Tradicional), com redistribuição de salas e espaços. Observou-se que 67% dos entrevistados referiram as mudanças como melhorias para a unidade, sendo-lhes atribuída nota oito (dp = 1,3), sem diferenças entre os modelos e realizadas em média há 11 meses da data da entrevista.

Quanto à inovação de processo em recursos humanos, verificou-se que 36 (72%) UBS tiveram mudanças relativas aos processos de trabalho, sendo a maioria ESF (54% na ESF; 18% na Tradicional). Estas alterações na forma de trabalho da UBS ligada à ESF podem estar associadas ao acompanhamento do desenvolvimento e à avaliação dos resultados da atuação das equipes de ESF, pois são atribuições das ESF abastecer um sistema de informação que permita o monitoramento do desempenho das equipes referente à resolubilidade, melhoria do perfil epidemiológico e eficiência das decisões gerenciais.

Para tanto, as ESF trabalham com os seguintes instrumentos: cadastro familiar, cartão de identificação, prontuário familiar, ficha de registros de atendimentos e relatório de gestão, que é um instrumento vital para o acompanhamento do processo e dos resultados da organização das ações no tocante ao impacto nos indicadores de saúde, bem como nas ações referentes às demais áreas da gestão municipal (BRASIL, 1997). Dessa forma, a UBS que aderiu à ESF tem de se adaptar internamente para as mudanças na forma de trabalho, o que justifica todas terem tido mudanças nos processos de trabalho e 72% em capacitação técnica. Observou-se que 89% foram alterações realizadas com nota oito (dp = 1,3), (8 na ESF; 7 na Tradicional) como avaliação para as mudanças, desempenhadas em média há dez meses da entrevista.

Apenas quatro UBS da ESF tiveram inovações de processo em equipamentos, sendo todas relativas à readequação do uso de equipamentos. Houve 75% de melhorias na utilização, avaliada em oito pelos entrevistados, tendo ocorrido há 11 meses da entrevista. Já em oito (16%) UBS ocorreu inovação de processo em medicamentos e materiais (14% na ESF; 2% na Tradicional), sendo 100% relativo às mudanças na forma de dispensação de medicamentos que ocorre através da prescrição médica. Assim, 88% das mudanças foram melhorias realizadas e avaliadas com nota sete (dp = 0,9), (7 na ESF; 9 na Tradicional) ocorrendo, em

média, há dez meses da entrevista. Também em 25 (50%) UBS foi relatada inovação de processo em exames (40% na ESF; 10% na Tradicional), sendo em todas devido a mudanças no processo de agendamento e para 68% ao novo protocolo de solicitação de exames.

Desde 2013, a SMS instituiu uma nova rotina para a solicitação de exames, com o preenchimento de um documento com o nome do usuário e o exame a ser realizado, sendo recolhido por um motorista enviado pela SMS à UBS, uma vez por semana, para recolhê-lo e entregá-lo à Central de Marcação. Esta alteração tinha por intuito evitar que o usuário, após ser encaminhado pelo médico para realizar algum exame de apoio diagnóstico, se deslocasse do bairro onde mora até a SMS que fica no centro da cidade, bem como extraviasse a requisição. As urgências, no entanto, tiveram outro tratamento, sendo responsabilidade do profissional da UBS, Assistente Social, levá-las à SMS diretamente na Central de Marcação e agendá-las. Essas alterações foram 96% melhorias realizadas, sendo atribuída nota sete (dp = 0,93), sem diferença entre os modelos, com a realização em média há dez meses da entrevista.

Quanto à gestão, 41 (82%) UBS tiveram inovação de processo (60% na ESF; 22% na Tradicional). Dessas, todas apresentaram ampliação do acesso do usuário às consultas além de 76% das unidades com mudanças no cronograma de trabalho. As ampliações do acesso e das mudanças nos cronogramas de trabalho estão ligadas, entre outros fatores, à ampliação da ESF do município de 47,29% de cobertura populacional em 2010 para 55,7% em 2015 e à adesão do município ao Programa Mais Médicos e PROVAB (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). 98% das mudanças de gestão foram melhorias executadas na unidade, com atribuição de nota sete (dp = 1,4), (8 na ESF; 7 na Tradicional) pelo entrevistado, tendo ocorrido em média há 10 meses da data da entrevista.

As inovações de processo em atendimento ao usuário ocorreram em 43 (86%) UBS, sendo (60% na ESF; 26% na Tradicional). Dessas, todas tiveram a participação em projeto de humanização do acolhimento e 70% participaram do projeto Saúde Oral. Também visando aumentar a qualidade da prestação de serviço em odontologia, a SMS tem promovido a instalação de autoclaves nos consultórios odontológicos da rede básica e aparelhos de jato de bicarbonato e ultrassom para toda a rede, sendo um dos avanços que possibilitaram qualificar o serviço. Aparelhos de ar condicionado para os consultórios odontológicos da rede municipal também foram adquiridos. Observa-se que 91% das inovações foram melhorias realizadas com atribuição de nota oito (dp = 1,5), (8 na ESF; 7 na Tradicional) pelos entrevistados. As inovações de processo em atendimento ao usuário ocorreram em média há dez meses da entrevista. Na Tabela 10 apresenta-se o conjunto das inovações realizadas.



Tabela 10 – Inovação de Processo

<b>Perspectivas</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
	*N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Estrutura (n = 8)</b>	Redistribuição de salas e espaços na UBS	Colocação de divisórias na UBS	Mudança de canalização sala expurgo	–
	8 (100)	4 (50)	1 (12)	
<b>Recursos Humanos (n = 36)</b>	Processo de trabalho ESF	Capacitação técnica	Processos de acolhimento e triagem	Alteração de horário
	36 (100)	26 (72)	12 (33)	1 (3)
<b>Equipamentos (n = 4)</b>	Readequação do uso de equipamentos	Processos para os equipamentos do dentista	Processos de esterilização	–
	4 (100)	3 (75)	2 (50)	
<b>Medicamentos e Materiais (n = 8)</b>	Processos para dispensação de medicamentos	Processo para medicamentos controlados	–	–
	8 (100)	6 (75)		
<b>Exames de Apoio Diagnóstico (n = 25)</b>	Processo de agendamento de exames	Novo protocolo de solicitação de exames	Novo controle de exames realizados	–
	25 (100)	17 (68)	3 (12)	
<b>Gestão (n = 41)</b>	Ampliação do acesso do usuário às consultas	Mudanças no cronograma de trabalho	Novo processo de relacionamento com a SMS	Discussão de projetos da UBS com a comunidade
	41 (100)	31 (76)	16 (39)	2 (5)
<b>Atendimento ao Usuário (n = 43)</b>	Projeto de humanização do acolhimento	Projeto da saúde oral	Aplicação de testes hápidos, glicose, HIV, gravidez	Participação da comunidade nas reuniões de equipe
	43 (100)	30 (70)	18 (42)	4 (9)

\*N = UBS com inovações de processo.

Fonte: elaboração própria (2015).

Tabela 11 – Avaliação das inovações de processo

Novo ou Melhorado	Estrutura (%)	Recursos Humanos (%)	Equipamento (%)	Medicamentos Materiais (%)	Exames (%)	Gestão (%)	Atendimento ao Usuário (%)
Novo	37	11	25	12	4	2	9
Melhorado	63	89	75	88	96	98	91
Nota para a Inovação	Estrutura	Recursos Humanos	Equipamento	Medicamentos Materiais	Exames	Gestão	Atendimento ao Paciente
Média	8,2	7,8	8,5	6,9	7,1	7,3	7,8
Mediana	8,5	7,5	9,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Desvio Padrão	1,2	1,5	1,0	0,9	0,9	1,4	1,4
Período Tempo em Meses	Estrutura	Recursos Humanos	Equipamento	Medicamentos Materiais	Exames	Gestão	Atendimento ao Usuário
Média	10,8	10,3	11,5	10,5	10	10	10,4
Mediana	8,5	12	12	12	12	12	12
Desvio Padrão	1,3	2,6	1,0	2,7	3,1	2,7	2,5

Fonte: elaboração própria (2015).

#### 4.1.6.3 Inovação de *marketing*

A Tabela 12 e a 13 demonstram as inovações de *marketing* ocorridas nas 50 UBS analisadas. Observa-se que a UBS pode ter tido mais de uma inovação no período na perspectiva analisada, por esse motivo o total de inovações ultrapassa 100%. Identificou-se não ocorrerem inovações de *marketing* em estrutura, recursos humanos, equipamentos e gestão. Em oito UBS da ESF ocorreu inovação de *marketing* em medicamentos e materiais, nas quais houve a distribuição de cartazes e folders com informações sobre medicamentos em todas as UBS e informativos sobre a utilização de fármacos em 50% das unidades. Essas inovações foram 88% melhorias realizadas, sendo atribuída nota oito para a inovação, que ocorreu em média há 11 meses da data da entrevista.

Em 11 UBS da ESF houve inovação de *marketing* em exames, com o chamamento da população para realizar exames em 100% delas. A distribuição de folders com o chamado de grupos de risco para exames ocorreu em 91% das unidades. Tais exames laboratoriais são necessários na prática clínica, ou seja, são os exames, em geral, mais solicitados pelos profissionais atuantes na UBS como: hemograma, glicemia, parasitológico de fezes, urina, sorologias para HIV, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). E devem ser garantidos o mais próximo possível dos cidadãos. Foram 45% de melhorias realizadas, sendo atribuída nota sete para a inovação que ocorreu em média há 11 meses da entrevista.

Em relação às inovações de *marketing* nas 14 (28%) UBS sobre o atendimento ao usuário, destaca-se que todas tiveram ações para divulgar as campanhas de vacinação (26% na ESF; 2% na Tradicional). Em 86% das unidades houve ações para motivar a população a participar das ações da campanha outubro rosa e novembro azul promovidas pela SMS do município. O outubro rosa destina-se a ações de conscientização e prevenção ao câncer de mama. O novembro azul chama a atenção aos cuidados do homem com a saúde, voltado à prevenção do câncer de próstata. Essas ações de chamamento da população também possibilitam que usuário seja avaliado em diversos aspectos ligados a sua saúde, sendo uma abordagem estratégica para aproximar a comunidade da unidade de saúde do seu bairro. Tais ações foram 57% melhorias realizadas, sendo atribuída nota oito ( $dp = 1,0$ ) para as inovações (8 na ESF; 9 na Tradicional) que ocorreram em média há 11 meses da entrevista.

Tabela 12 – Inovação de *Marketing*

Perspectivas	A	B	C	D
	*N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Estrutura (n = 0)</b>	–	–	–	–
<b>Recursos Humanos (n = 0)</b>	–	–	–	–
<b>Equipamentos (n = 0)</b>	–	–	–	–
<b>Medicamentos e Materiais (n = 8)</b>	Cartazes e folders com informações sobre medicamentos	Distribuição de Informativos sobre a utilização de determinados fármacos	–	–
	8 (100)	4 (50)		
<b>Exames de Apoio Diagnóstico (n = 11)</b>	Chamamento da população para realizar exames	Folders com chamamento de grupos de risco para exames	–	–
	11 (100)	10 (91)		
<b>Gestão (n = 0)</b>	–	–	–	–
<b>Atendimento ao Usuário (n = 14)</b>	Campanhas de vacinação	Campanhas outubro rosa e novembro azul	Jornal informativo sobre as atividades da UBS	–
	14 (100)	12 (86)	2 (14)	

\*N= UBS com inovações de *marketing*.

Fonte: elaboração própria (2015).

Tabela 13 – Avaliação das inovações de *marketing*

Novo ou Melhorado	Estrutura (%)	Recursos Humanos (%)	Equipamento (%)	Medicamentos Materiais (%)	Exames (%)	Gestão (%)	Atendimento ao Usuário (%)
Novo	–	–	–	12	45		43
Melhorado	–	–	–	88	55		57
Nota para a Inovação	Estrutura	Recursos Humanos	Equipamento	Medicamentos Materiais	Exames	Gestão	Atendimento ao Paciente
Média	–	–	–	7,7	7,4	–	8,0
Mediana	–	–	–	7,0	7,0	–	8,0
Desvio Padrão	–	–	–	1,3	1,1	–	1,0
Período de Tempo em Meses	Estrutura	Recursos Humanos	Equipamento	Medicamentos Materiais	Exames	Gestão	Atendimento ao Usuário
Média	–	–	–	11	11	–	11
Mediana	–	–	–	12	12	–	12
Desvio Padrão	–	–	–	1,8	1,1	–	1,2

Fonte: elaboração própria (2015).

#### 4.1.6.4 Inovação organizacional

A Tabela 14 e a 15 demonstram as inovações organizacionais ocorridas nas 50 UBS analisadas. Observa-se que a UBS pode ter tido mais de uma inovação no período na perspectiva analisada, por esse motivo o total de inovações ultrapassa 100%. Em apenas seis UBS da ESF ocorreram inovações organizacionais em estrutura, sendo efetuada uma reorganização de espaços para o trabalho. Houve a reestruturação das salas de atendimento em 50% delas. Essas inovações foram 67% em melhorias na unidade, sendo-lhe atribuída nota oito e, em média, realizadas há dez meses da entrevista.

As inovações organizacionais em recursos humanos nas 31 (62%) UBS referiram-se à melhoria nas rotinas de trabalho ( 50% na ESF; 12% Tradicional) em 100% delas e à organização de horários de trabalho para 68%. Observa-se serem inovações melhorias executadas para 94% das unidades.

A reformulação dos métodos de trabalho está associada, em grande parte, ao ingresso de recursos humanos (médicos, enfermeiros, dentista, ACS, técnico de enfermagem) para compor as equipes de ESF, facilitado com a adesão do município aos programas Mais Médicos, PROVAB e ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Tais inovações foram avaliadas com nota oito (dp = 1,4), (8 na ESF; 7 na Tradicional) e ocorreram em média há 11 meses da entrevista na UBS.

Apenas uma unidade ESF referiu inovação organizacional em equipamentos, devido ao remanejamento interno dos mesmos. Tal equipamento era uma autoclave de esterilização de instrumental do dentista, compartilhada com a enfermagem por um período, devido à quebra da autoclave de esterilização do material médico e de enfermagem da UBS que foi para o conserto. Essa inovação foi considerada uma melhoria, sendo-lhe atribuída nota sete e tendo ocorrido há 12 meses da entrevista.

Em nove UBS com ESF ocorreu inovação organizacional em medicamentos e materiais, referindo-se à organização interna da farmácia. E 55% das UBS tiveram mudanças relativas ao controle de validade e distribuição de medicamentos. Tais inovações foram todas melhorias realizadas, com atribuição de nota oito pelo entrevistado, tendo ocorrido em média há 11 meses da entrevista.

Inovação organizacional em exames de apoio diagnóstico ocorreu em 23 (46%) UBS (36% na ESF; 10% na Tradicional), sendo em 100% a priorização de urgências com a assistente social e 56% relativos à organização da agenda de marcação. Essas mudanças referem-se à nova modalidade de trabalho adotada pela SMS desde o final de 2013 com a

responsabilização da assistente social na marcação dos exames de urgência diretamente na Central de Marcação de Consultas na SMS (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). As inovações foram melhorias sendo-lhes atribuída nota sete independentes do modelo de atenção, realizadas há dez meses da entrevista. Em 33 (66%) UBS ocorreram inovações organizacionais em gestão (54% na ESF; 12% na Tradicional), em 100% devido a reuniões de equipe e à organização do cronograma, para 73% mudanças internas na rotina de trabalho. Ressalta-se, em todas as UBS ligadas à ESF, a realização de cronograma de trabalho ser uma função obrigatória para o planejamento das atividades. Duas UBS ligadas à UFPEL também referiram trabalhar com ações previamente planejadas, organizadas e discutidas pela equipe de trabalho.

Em ESF, para planejar localmente, faz-se necessário considerar para quê e como planejar. É preciso conhecer as necessidades da população, identificadas a partir do diagnóstico realizado e do permanente acompanhamento das famílias adscritas. O pressuposto básico da ESF é de quem planeja estar imerso na realidade do local. Além disso, o processo de planejamento deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando à melhoria progressiva das condições de saúde e da qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 1997).

As inovações organizacionais em gestão foram 100% melhorias realizadas, sendo-lhes atribuída nota oito (dp = 1,3), (8 na ESF; 6 na Tradicional) e tendo ocorrido em média há dez meses da realização da entrevista. Quanto às 39 UBS com inovação organizacional em atendimento ao usuário, 100% tiveram a participação em grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes, tendo 69% instituído o agendamento prioritário de consultas, para crianças, idosos e gestantes. Os grupos de trabalho proporcionam a intervenção multidisciplinar focada em grupos de risco com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis ao longo do tempo. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica para construir vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários com o tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando as condutas quando necessário (BRASIL, 2011).

As 39 (78%) inovações organizacionais no atendimento ao usuário (56% na ESF; 22% na Tradicional) foram 74% melhorias realizadas, sendo-lhes atribuída nota sete (dp = 1,3), (8 na ESF; 7 na Tradicional) e realizadas em média há nove meses da entrevista.

Tabela 14 – Inovação Organizacional

Perspectivas	A	B	C	D
	*N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Estrutura (n = 6)</b>	Reorganização de espaços para o trabalho	Organização das salas de atendimento	–	–
	6 (100)	3 (50)		
<b>Recursos Humanos (n = 31)</b>	Melhoria nas rotinas de trabalho	Organização de horários de trabalho	Curso de capacitação interno na UBS	–
	31 (100)	21 (68)	4 (13)	
<b>Equipamentos (n = 1)</b>	Remanejamento interno de equipamentos	–	–	–
	1 (100)			
<b>Medicamentos e Materiais (n = 9)</b>	Organização interna da farmácia	Controle de validade e distribuição de medicamentos	–	–
	9 (100)	5 (55)		
<b>Exames de Apoio Diagnóstico (n = 23)</b>	Priorização de urgências com a assistente social	Organização da agenda de marcação	–	–
	23 (100)	13 (56)		
<b>Gestão (n = 33)</b>	Reuniões de equipe e organização do cronograma	Mudanças internas na rotina de trabalho	Organização da agenda de acolhimento e triagem	–
	33 (100)	24 (73)	8 (24)	
<b>Atendimento ao Usuário (n = 39)</b>	Participação em grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes	Agendamentos prioritários para crianças, idosos e gestantes	Organização de grupos de convivência para pacientes com transtorno mental	–
	39 (100)	27 (69)	11 (28)	

\*N= UBS com inovações organizacionais.

Fonte: elaboração própria (2015).

Tabela 15 – Avaliação das inovações organizacionais

Novo ou Melhorado	Estrutura (%)	Recursos Humanos (%)	Equipamento (%)	Medicamentos Materiais (%)	Exames (%)	Gestão (%)	Atendimento ao Usuário (%)
Novo	33	6	–	–	–	–	26
Melhorado	67	94	100	100	100	100	74
Nota para a Inovação	Estrutura	Recursos Humanos	Equipamento	Medicamentos Materiais	Exames	Gestão	Atendimento ao Paciente
Média	8,0	7,8	7,0	7,8	7,1	7,6	7,5
Mediana	9,0	8,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Desvio Padrão	1,7	2,4	–	1,2	1,0	1,2	1,3
Período de Tempo em Meses	Estrutura	Recursos Humanos	Equipamento	Medicamentos Materiais	Exames	Gestão	Atendimento ao Usuário
Média	10,2	10,8	12	11,22	10,4	10,1	9,3
Mediana	12	12	12	12	12	12	12
Desvio Padrão	2,4	1,9	–	0,9	3,0	2,9	3,7

Fonte: elaboração própria (2015).

#### 4.1.6.5 Orientação em APS

Na análise que mediu a orientação em APS por meio do instrumento *PCATOOL* versão profissionais, aplicado aos responsáveis/gestores das 50 UBS componentes da APS do município de Pelotas, tomou-se, primeiramente, como parâmetro, as análises por escore, preconizadas pelo manual e validadas (BRASIL, 2010). Inicialmente, verificou-se cada um dos atributos que compõem o escore essencial e os atributos derivados para depois, examinar o escore geral – Orientação em APS.

O *PCATOOL* permitiu a avaliação da estratégia assistencial no conjunto das 50 UBS e estratificada por modelo de atenção (ESF x Tradicional). Assim, foi possível identificar, dentro do cenário de heterogeneidade que caracteriza as unidades, o grau de orientação à APS do sistema de saúde. Esses dados permitem a produção rigorosa de conhecimentos sobre seu potencial de operar de acordo com os atributos inerentes à APS. Nesse sentido, este instrumento pode suprir a ausência de rigor em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção à saúde (Tradicional x ESF), favorecendo o esforço científico na busca de evidências sobre a realidade dos processos desenvolvidos na APS e, como consequência, disponibilizando subsídios importantes na definição das Políticas públicas (BRASIL, 2010). A Tabela 16 demonstra os escores gerais obtidos na APS de Pelotas.

Observa-se, na Tabela 16, analisando a APS de Pelotas de uma forma completa, sem distinção ao modelo de atenção das UBS, ter obtido o escore acessibilidade média de 3,87, bem abaixo do preconizado como orientado. A acessibilidade diz respeito ao ingresso e à utilização do Serviço de Saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde. Este escore está associado à dificuldade do usuário em conseguir atendimento na UBS, pois ele mede a capacidade do serviço de saúde em atendê-los com agilidade tanto presencialmente, quanto por telefone, sobre a sua saúde ou tratamentos prescritos (BRASIL, 2010).

O baixo escore atingido na acessibilidade pode estar influenciado por conter questões sobre a comunicação com o usuário e seu atendimento à noite e aos finais de semana, prática que não ocorre nas UBS brasileiras como rotina a ser seguida nas unidades. O usuário nessa condição procura outra forma de atendimento como um PA, UBAI, PS. Esse escore também avalia o tempo gasto, na sala de espera, até o paciente ser atendido em consulta pelo Médico ou Enfermeiro. Sendo relatado que em média aguardam mais de 30 min.

O escore longitudinalidade atingiu a média de orientação em 7,30. Ele mede a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo.

Esse dado associa-se positivamente com a expansão da ESF do município, onde a relação entre a comunidade e sua fonte de atenção deve refletir-se em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde. Suas questões avaliam se o usuário sente-se à vontade contando as suas preocupações ou problemas tanto para o Médico, quanto para a Enfermagem e se é confortável expressar-se nas consultas e dizer o que sente. Também avalia o conhecimento biopsicossocial do usuário e da realidade em que está inserido (BRASIL, 2010).

O escore coordenação em integração de cuidados e sistemas de informação atingiu a média preconizada de orientação, ou seja, 6,91 e 8,44 respectivamente. Tal escore pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio dos prontuários médicos. Além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente (BRASIL, 2010). As unidades devem ser capazes de integrar todo o cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. As UBS de Pelotas recebem informação do sistema de saúde em APS do município, que se expressou no escore avaliado. A dificuldade de informações decorre do nível secundário de atenção, hospitais, sendo relatadas pelos entrevistados dificuldades em relação a informações provenientes desses atendimentos.

O escore integralidade, composto por serviços disponíveis e serviços prestados, também atingiu a média de orientação, sendo 7,22 e 7,63 respectivamente. Ele leva em conta os serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária, como as ações que a unidade de saúde deve oferecer para os usuários receberem atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como das ações de promover, prevenir, curar e reabilitar o indivíduo. Incluem todos os encaminhamentos realizados pelo serviço ao usuário (BRASIL, 2010). Nesse sentido, as UBS de Pelotas têm buscado o seu papel de oferecer um serviço integral ao usuário. No entanto, esse escore não avalia a demora do usuário em conseguir, por exemplo, realizar um exame de maior complexidade no município, podendo levar um ano, como é o caso da mamografia e da ressonância, entre outros.

O escore essencial obtido de 6,90 reflete a média dos escores em acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção, considerados atributos essenciais para prestar atendimento em saúde e refletem o grau de afiliação da UBS com o usuário deste serviço. Observa-se que nesse escore as UBS de Pelotas alcançaram pré-requisitos para ofertar ações de saúde orientadas em APS à população adscrita.



Quanto aos atributos derivados, os quais qualificam as ações dos serviços, as UBS tiveram a média de 8,09 para o escore orientação familiar. Ele mede a avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, levando em consideração o contexto familiar e o potencial de cuidado. É incluída nessa análise a abordagem familiar. Observa-se que não foi atingido o grau de orientado quanto ao escore orientação comunitária, que teve a média de 5,78 como avaliação geral. Este escore avaliou o reconhecimento, por parte do serviço de saúde, das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos, do contato direto com a comunidade e das relações estabelecidas, assim como o planejamento e a avaliação conjuntos serviços. Tal índice reflete a dificuldade das UBS do município em trabalhar de forma integrada e articulada nos aspectos de avaliação de indicadores epidemiológicos e no planejamento das ações a serem executadas (BRASIL, 2010).

As UBS familiarizadas e com indicadores de saúde, normalmente, estão ligadas às Universidades locais, fato que reflete a natureza de sua atuação aliada à prestação de cuidados de saúde ao ensino. O escore geral têm a média de 6,91, a qual demonstrou que as UBS do município estão orientadas em APS, ou seja, possuem aspectos de estrutura e processo dos serviços capazes de lhes permitir ofertar a execução das ações de APS com qualidade aos usuários. Conforme demonstra-se na Tabela 16.

Tabela 16 – Escores do *PCATOOL*

<b>Atributos Essenciais</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Escore Acessibilidade (A)	3,87	3,33	3,33	1,37	1,48	8,15
Escore Longitudinalidade (B)	7,30	7,18	7,18	1,20	5,13	10,00
<b>Escore Coordenação</b>						
Integração de Cuidados (C)	6,91	6,67	6,11	1,42	3,89	9,44
Sistema de Informação (D)	8,44	8,89	8,89	1,44	4,44	10,00
<b>Escore Integralidade</b>						
Serviços Disponíveis (E)	7,22	7,42	8,64	1,61	2,88	10,00
Serviços Prestados (F)	7,63	7,78	6,67	1,69	2,89	10,00
<b>Escore Essencial</b>	6,90	6,95	4,81	1,00	4,81	8,68
<b>Atributos Derivados</b>						
Escore Orientação Familiar (G)	8,09	8,89	10,00	1,98	2,22	10,00
Escore Orientação Comunitária (H)	5,78	6,11	6,67	2,21	1,11	10,00
<b>Escore Geral - Orientação em APS</b>	6,91	7,08	4,39	1,12	4,39	8,90

Fonte: elaboração própria (2015).

Na Tabela 17, observou-se, quanto ao modelo de atenção, que os escores das UBS que trabalham com ESF, no geral, apresentam melhores resultados que as unidades Tradicionais, com diferenças estatisticamente significativas em oito dos dez atributos

avaliados. O escore acessibilidade, em relação ao modelo de atenção, teve uma pequena melhora de 3,51 na UBS Tradicional para 4,09 na ESF, sem diferença entre os modelos. Observa-se que este requisito avalia o grau de orientação das unidades quanto ao acesso ao serviço de saúde e evidencia a dificuldade do usuário em conseguir consulta e/ou dar continuidade a um tratamento já iniciado. No entanto, tais valores foram influenciados por perguntas sobre atendimento da UBS aos finais de semana, quando não se pratica no Brasil em APS, na maioria das unidades.

O escore longitudinalidade, com valor médio de 6,48 no modelo Tradicional e de 7,80 na ESF ( $p = 0,000$ ), demonstra estarem as unidades ligadas à ESF mais aptas a atenção continuada. Este escore está positivamente associado ao objetivo do município de expansão do modelo de ESF, corroborando a proposta nacional de reorganização da APS no Brasil.

Observou-se no escore coordenação - integração dos cuidados, média 6,31 nas UBS que trabalham no modelo Tradicional, enquanto as unidades de ESF tiveram o escore de 7,28 ( $p = 0,019$ ). Esse resultado está de acordo com a proposta de reorganização da APS através da ESF. No entanto, o escore coordenação - sistemas de informação, teve média para estar orientado em APS em ambos os modelos de atenção, mas não foi significativo.

O escore integralidade - serviços disponíveis obteve média de 5,98 no modelo Tradicional e de 7,99 na ESF ( $p = 0,000$ ). Ele avalia o leque de serviços que existem e podem ser colocados à disposição do usuário. Contudo, também podem existir dificuldades na efetivação da ação, como demora em conseguir realizar exames e consultas com médicos especialistas, por exemplo.

O escore integralidade - serviços prestados no modelo Tradicional teve a média 6,33, enquanto as UBS com ESF tiveram a média de 8,43 ( $p = 0,000$ ). Conclui-se que as unidades da ESF estão mais orientadas e preparadas para atender a comunidade adscrita. Este escore demonstra a maior reorganização das unidades através da implantação da ESF.

O escore essencial é medido através da média dos escores anteriores e demonstram o grau de afiliação das UBS com os usuários que utilizam os seus serviços, ou seja, os atributos essenciais para a prestação do serviço de saúde. Ressalta-se que no modelo Tradicional as UBS não alcançaram o grau de orientação preconizado pelo *PCATool*, com média de 6,09. No entanto, as unidades que trabalhavam com ESF tiveram a média de 7,39 ( $p = 0,000$ ).

Os atributos derivados são compostos pelos escores orientação familiar e comunitária. Observa-se que o escore orientação familiar obteve resultado como orientado em ambos os modelos de atenção, com média superior nas UBS ESF ( $p = 0,001$ ). No entanto, o escore orientação comunitária no modelo Tradicional teve a média de 3,86, contra 6,95 nas

UBS que trabalham com ESF, ( $p = 0,000$ ). Salienta-se serem os resultados da ESF, condizentes com a proposta de sua criação pelo Governo, através do MS para reorganizar, ampliar e qualificar a APS no Brasil.

Observa-se, no escore geral, que as UBS, ao trabalharem com o modelo de atenção ESF estão orientadas em APS, com média de 7,51, enquanto as UBS Tradicionais obtiveram média de 5,91 ( $p = 0,000$ ). Consoante a isso, pode-se afirmar que o modelo de atenção em ESF, no sistema de saúde vigente cumpre o seu papel de estabelecer vínculos, ao criar laços de compromisso de reorganização da prática atual assistencial, com distribuição de responsabilidades entre os profissionais de saúde ligados à APS e a população (BRASIL, 1997). A Tabela 17 demonstra os escores do *PCATool* quanto ao modelo de atenção.

Tabela 17 – Escores do *PCATool* em relação ao modelo de atenção

<b>Atributos Essenciais</b>	<b>Média UBS Tradicional</b>	<b>Média UBS ESF</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>* p</b>
Escore Acessibilidade (A)	3,51	4,09	1,37	0,152
Escore Longitudinalidade (B)	6,48	7,80	1,20	0,000
<b>Escore Coordenação</b>				
Integração de Cuidados (C)	6,31	7,28	1,42	0,019
Sistema de Informação (D)	7,95	8,74	1,43	0,058
<b>Escore Integralidade</b>				
Serviços Disponíveis (E)	5,98	7,99	1,60	0,000
Serviços Prestados (F)	6,33	8,43	1,68	0,000
<b>Escore Essencial</b>	6,09	7,39	1,00	0,000
<b>Atributos Derivados</b>				
Escore Orientação Familiar (G)	6,90	8,82	1,98	0,001
Escore Orientação Comunitária (H)	3,86	6,95	2,21	0,000
<b>Orientação em APS</b>	5,91	7,51		0,000

\* $p < 0,005$

Fonte: elaboração própria (2015).

Nas Tabelas 18 e 19 pode-se observar os escores de cada atributo do *PCATool* por UBS, estratificadas pelo modelo de atenção (ESF x Tradicional) respectivamente.

Tabela 18 – Escores do *PCATool* por Unidade Básica de Saúde de ESF

UBS	Acesso	Longitudinalidade	Integração Cuidados	Sistema Informação	Serviços Disponível	Serviços Prestados	Essencial	Orientação Familiar	Orientação Comunitária	Geral
1	3,70	7,95	7,22	7,78	10,00	10,00	7,78	10,00	7,78	8,05
2	2,96	7,18	6,67	8,89	5,30	7,78	6,46	6,67	5,00	6,31
3	3,33	6,67	6,11	8,89	7,58	8,89	6,91	10,00	5,56	7,13
4	4,81	7,69	8,33	8,89	7,42	7,11	7,38	7,78	6,11	7,27
5	4,81	7,18	6,11	8,89	7,42	7,78	7,03	7,78	7,78	7,22
6	3,70	10,00	9,44	10,00	6,97	10,00	8,35	10,00	6,67	8,35
7	7,41	8,72	8,33	8,89	8,48	9,33	8,53	10,00	10,00	8,90
8	3,33	8,21	5,00	7,78	8,64	5,78	6,46	6,67	7,78	6,65
9	5,56	7,44	6,11	7,78	7,27	6,67	6,80	7,78	8,89	7,19
10	8,15	9,74	8,89	6,67	9,09	9,56	8,68	8,89	7,22	8,53
11	3,33	6,92	6,11	10,00	7,12	8,67	7,03	10,00	8,33	7,56
12	6,67	7,95	8,33	10,00	8,64	9,56	8,52	10,00	7,22	8,55
13	6,67	9,49	6,67	8,89	7,42	8,22	7,89	8,89	7,22	7,93
14	3,70	6,67	7,78	8,89	9,24	8,00	7,38	10,00	3,33	7,20
15	2,96	8,46	8,33	8,89	9,09	8,67	7,73	8,89	8,89	8,02
16	3,33	8,21	8,89	6,67	8,48	10,00	7,60	7,78	7,78	7,64
17	4,44	8,21	8,33	7,78	9,09	9,33	7,86	10,00	8,89	8,26
18	1,48	5,90	8,33	6,67	6,67	6,00	5,84	7,78	6,67	6,19
19	3,70	8,21	8,33	8,89	7,73	6,67	7,25	3,33	6,11	6,62
20	2,96	8,97	7,78	10,00	9,09	9,56	8,06	8,89	6,67	7,99
21	3,33	7,18	6,11	10,00	7,12	6,89	6,77	7,78	6,11	6,82
22	4,07	9,49	9,44	10,00	8,64	9,78	8,57	10,00	6,11	8,44
23	3,33	6,41	5,56	6,67	8,18	8,89	6,51	8,89	7,78	6,96
24	3,70	7,44	6,11	8,89	6,36	8,89	6,90	10,00	7,22	7,33
25	4,07	7,18	6,67	10,00	8,64	9,11	7,61	10,00	4,44	7,51
26	3,33	8,21	6,67	8,89	7,12	9,11	7,22	10,00	7,78	7,64
27	3,70	8,21	6,67	8,89	9,09	8,67	7,54	8,89	7,78	7,74
28	2,96	6,41	6,11	7,78	6,21	8,00	6,25	8,89	4,44	6,35
29	3,70	7,44	7,22	10,00	8,64	8,22	7,54	8,89	8,33	7,81
30	2,96	6,67	6,11	8,89	8,03	7,56	6,70	10,00	5,00	6,90
31	4,44	7,44	7,78	10,00	8,79	8,67	7,85	8,89	6,67	7,83

Fonte: elaboração própria (2015).

Tabela 19 – Escores do *PCATOOL* por Unidade Básica de Saúde Tradicionais

UBS	Acesso	Longitudinalidade	Integração Cuidados	Sistema Informação	Serviços Disponível	Serviços Prestados	Essencial	Orient. Familiar	Orient. Comunitária	Geral
1	2,96	5,64	7,78	7,78	7,88	7,56	6,60	10,00	6,67	7,03
2	3,33	7,18	8,33	10,00	5,15	6,22	6,70	8,89	3,33	6,56
3	3,33	6,67	8,89	7,78	7,88	9,33	7,31	6,67	6,67	7,15
4	3,33	6,15	7,78	10,00	5,61	6,44	6,55	6,67	2,78	6,09
5	5,19	6,41	6,11	5,56	7,27	6,22	6,13	6,67	5,00	6,05
6	3,70	6,92	6,11	8,89	8,79	7,78	7,03	10,00	6,67	7,36
7	1,85	5,38	5,56	5,56	5,45	5,33	4,86	4,44	4,44	4,75
8	2,96	6,92	6,67	7,78	7,27	7,11	6,45	10,00	5,00	6,71
9	3,33	6,15	7,22	7,78	6,82	6,44	6,29	5,56	4,44	5,97
10	3,70	7,44	7,78	10,00	5,15	7,33	6,90	8,89	2,78	6,63
11	2,96	8,72	8,33	10,00	7,58	5,78	7,23	6,67	3,33	6,67
12	3,33	5,90	4,44	10,00	4,09	3,33	5,18	3,33	3,89	4,79
13	7,41	7,18	5,56	8,89	5,30	7,56	6,98	8,89	1,67	6,56
14	2,59	5,90	5,00	5,56	6,21	6,67	5,32	6,67	4,44	5,38
15	1,85	5,64	5,56	4,44	4,70	6,67	4,81	5,56	1,11	4,44
16	3,33	5,13	3,89	6,67	6,21	7,33	5,43	6,67	5,56	5,60
17	3,33	5,90	3,89	6,67	3,64	6,44	4,98	6,67	2,78	4,91
18	3,70	8,46	6,67	8,89	2,88	3,78	5,73	6,67	1,67	5,34
19	4,44	5,38	4,44	8,89	5,76	2,89	5,30	2,22	1,11	4,39

Fonte: elaboração própria (2015).

A Tabela 20 sistematiza e descreve as variáveis independentes relativas aos responsáveis/gestores das 50 UBS do município de Pelotas, a estrutura do serviços de saúde da introdução de inovações no ano anterior à pesquisa, de acordo com o nível hierárquico de determinação ao desfecho.

De modo geral, 78% dos respondentes eram mulheres; para 64% dos respondentes, a idade variou entre 30 a 50 anos. A maioria dos responsáveis/gestores das UBS, 56%, tinha a graduação em enfermagem. Em relação à maior titulação, 78% possuíam especialização na área da saúde.

Quanto ao vínculo empregatício, 76% eram estatutários. Na localização geográfica, 76% das UBS estavam na zona urbana e, relativo ao modelo de atenção, 62% trabalhavam com ESF e 38% eram unidades Tradicionais. Em relação à estrutura física das unidades, identificou-se que 80% das UBS mediam até 150 m<sup>2</sup>. Quanto à área geográfica, 82% das unidades tinham área definida, mas 72% possuíam mapa da área geográfica. Relacionados ao número de habitantes, 54% atendiam até 6000 habitantes e apenas 10% prestavam assistência a 12000 habitantes ou mais. Quanto ao vínculo de ensino, 56% das UBS tinham vínculos com

o ensino e ofertavam campo de estágio e estudo. Observou-se que 68% das unidades não tinham CLS.

Relativo à introdução de todas as dimensões de inovação no último ano, 24% das unidades tiveram inovações nas dimensões produto, processo, *marketing* e organizacional. Consoante à supervisão do local de trabalho; 82% das UBS tinham supervisão na unidade de trabalho, 62% das UBS realizavam o planejamento das suas atividades e 64% efetivavam a formalização de suas atividades organizacionais. Quanto ao grau de satisfação da equipe com os serviços do Sistema de Saúde, identificou-se que 58% atribuíram nota seis ou mais para a relação com os demais serviços ligados à APS.

Tabela 20 – Descrição das variáveis independentes relativas aos responsáveis/gestores da Atenção Primária à Saúde de Pelotas, a estrutura da Unidade Básica de Saúde, introdução de inovações no último ano

Variável (Nível)	Total	
	N	%
<b>Responsável/gestor da UBS (1)</b>		
<b>Sexo</b>		
Masculino	11	22
Feminino	39	78
<b>Idade em anos</b>		
16 a 29	16	32
30 a 49	17	34
50 ou +	17	34
<b>Profissão</b>		
Médico	13	26
Enfermeiro	28	56
Outro profissional de nível superior	9	18
<b>Especialização na área da saúde</b>		
Não	11	22
Sim	39	78
<b>Vínculo de trabalho estatutário</b>		
Não	12	24
Sim	38	76
<b>Estrutura da UBS (1)</b>		
<b>Localização geográfica</b>		
Urbana	38	76
Rural	12	24
<b>Modelo de atenção</b>		
Tradicional	19	38
Estratégia Saúde da Família	31	62
<b>Dimensão da estrutura em m<sup>2</sup></b>		
Até 150 m <sup>2</sup>	40	80
151 a 400 m <sup>2</sup>	10	20
<b>Existência de área geográfica definida</b>		
Não	9	18
Sim	41	82
<b>Existência de mapa da área de abrangência</b>		
Não	14	28
Sim	36	72
<b>Tamanho da população da área de abrangência</b>		
Até 6000 habitantes	27	54
6001 a 12000 habitantes	18	36
> 12000 habitantes	5	10
<b>Vínculo com ensino</b>		
Não	22	44
Sim	28	56
<b>UBS com Conselho Local de Saúde (1)</b>		
Não	34	68
Sim	16	32
<b>Processo de atendimento (2)</b>		
<b>Introdução de todas as dimensões da inovação no último ano*</b>		
Não	38	76
Sim	12	24
<b>Supervisão no local de trabalho</b>		
Não	9	18
Sim	41	82
<b>Planejamento de ações</b>		
Não	19	38
Sim	31	62
Continua		

Continuação		
<b>Organização formal</b>		
Não	18	36
Sim	32	64
<b>Grau de satisfação da equipe com os serviços do Sistema de Saúde**</b>		
≤ 6,0	21	42
6,0 ou mais	29	58

\*Dimensões das inovações: produto, processo, *marketing* e organizacional.

\*\*Nota atribuída em uma escala *likert* (zero a dez).

Fonte: elaboração própria (2015).

A Tabela 21 apresenta os resultados da análise bruta e da ajustada em relação ao desfecho Orientação em APS. Na análise bruta foram incluídas as seguintes variáveis ligadas ao gestor/responsável da UBS para análise: sexo do respondente, idade em anos completos, profissão, especialização, vínculo do trabalho. Também foram incorporadas na análise questões relativas à UBS, que se referiram a: localização geográfica; modelo de atenção; existência de área geográfica definida; existência de mapa da área de abrangência; tamanho da população adscrita; vínculo com o ensino.

Em relação ao controle social, a existência de Conselho Local de Saúde. Sobre o processo de atendimento: introdução das dimensões da inovação; supervisão no local de trabalho; planejamento das ações; organização formal das atividades e grau de satisfação da equipe com os serviços do Sistema de Saúde Municipal.

Observou-se pertencer ao modelo de atenção ESF, ter planejamento de ações e organização formal das atividades, que estiveram significativamente associadas com ter orientação em APS. No entanto, na análise ajustada, apenas a variável modelo de atenção permaneceu associada ao desfecho (2,86; IC 95% 2,18 – 6,91).



Tabela 21 – Prevalência de Orientação do Serviço em Atenção Primária à Saúde de acordo com o *PCATOOL*, versão profissionais, análise bruta e ajustada das Unidades Básicas de Saúde

Variável (Nível)	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	%	RP(IC95%)	P	RP(IC95%)	p
<b>Responsável/gestor da UBS (1)</b>					
<b>Sexo</b>			0,150		0,258
Masculino	100	1,00		1,00	
Feminino	58,97	0,59 (0,29 – 1,21)		0,66 (0,32 – 1,36)	
<b>Idade em anos</b>			0,781		0,653
16 a 29	56,25	1,00		1,00	
30 a 49	82,35	1,46 (0,63 – 3,38)		1,21 (0,50 – 2,91)	
50 ou +	64,71	1,15 (0,48 – 2,76)		1,26 (0,47 – 3,34)	
<b>Profissão</b>			0,851		0,733
Médico	61,54	1,00		1,00	
Enfermeiro	71,43	1,16 (0,51 – 2,64)		0,90 (0,24 – 3,43)	
Outro profissional de nível superior	66,67	1,08 (0,38 – 3,12)		0,79 (0,18 – 3,50)	
<b>Especialização</b>			0,843		0,825
Não	63,6	1,00		1,00	
Sim	69,2	1,09 (0,47 – 2,50)		1,10 (0,46 – 2,63)	
<b>Vínculo de trabalho estatutário</b>			0,949		0,713
Não	66,67	1,00		1,00	
Sim	68,42	1,03 (0,47 – 2,27)		1,16 (0,52 – 2,60)	
<b>Estrutura da UBS (1)</b>					
<b>Localização geográfica</b>			0,736		0,949
Urbana	65,79	1,00		1,00	
Rural	75,00	1,14 (0,53 – 2,44)		0,96 (0,25 – 3,74)	
<b>Modelo de atenção</b>			0,019		0,019
Tradicional	31,58	1,00		1,00	
Estratégia Saúde da Família	90,32	2,86 (2,18 – 6,91)		2,86 (2,18 – 6,91)	
<b>Existência de área geográfica definida</b>			0,176		0,982
Não	33,33	1,00		1,00	
Sim	75,61	2,27 (0,69 – 7,41)		1,02 (0,13 – 7,96)	
<b>Existência de mapa da área de abrangência</b>			0,093		0,858
Não	35,71	1,00		1,00	
Sim	80,56	2,56 (0,87 – 5,83)		1,12 (0,31 – 4,02)	
<b>Tamanho da população da área de abrangência</b>			0,805		0,742
Até 6000 habitantes	62,96	1,00		1,00	
6001 a 12000 habitantes	77,78	1,24 (0,61 – 2,51)		1,28 (0,61 – 2,68)	
12000 habitantes	60,00	0,95 (0,28 – 3,25)		0,98 (0,27 – 3,54)	
<b>Vínculo com ensino</b>			0,499		0,815
Não	59,09	1,00		1,00	
Sim	75,00	1,27 (0,64 – 2,53)		1,10 (0,50 – 2,42)	
<b>UBS com Conselho Local de saúde (1)</b>			0,746		0,834
Não	70,59	1,00		1,00	
Sim	62,50	0,89 (0,42 – 1,85)		0,92 (0,43 – 1,97)	
<b>Processo de atendimento (2)</b>					
<b>Introdução das dimensões da inovação no último ano*</b>			0,195		0,836
1 – 2	42,86	1,00		1,00	
3	64,52	1,51 (0,45 – 5,07)		0,45 (0,07 – 2,83)	
4	91,67	2,14 (0,60 – 7,67)		0,48 (0,06 – 3,56)	

Continua

Continuação					
<b>Supervisão no local de trabalho</b>			0,957		0,984
Não	66,67	1,00		1,00	
Sim	68,29	1,02 (0,42 – 2,47)		0,99 (0,40 – 2,46)	
<b>Planejamento de ações</b>			0,015		0,231
Não	27,78	1,00		1,00	
Sim	90,63	3,26 (1,26 – 8,43)		2,31 (0,59 – 9,06)	
<b>Organização formal</b>			0,043		0,627
Não	36,84	1,00		1,00	
Sim	87,10	2,36 (1,03 – 5,43)		0,70 (0,16 – 2,99)	
<b>Grau de satisfação da equipe com os serviços do Sistema de Saúde**</b>			0,258		0,458
≤ 6,0	52,38	1,00		1,00	
6,0 ou mais	79,31	1,51 (0,74 – 3,11)		1,32 (0,64 – 2,73)	

\*Dimensões das inovações: produto, processo, marketing e organizacional

\*\*Nota atribuída em uma escala *likert* (zero a dez)

Fonte: elaboração própria (2015).

## 4.2 ESTUDO QUALITATIVO

Nessa seção apresentam-se os resultados provenientes das análises qualitativas, elaboradas através da codificação e decodificação das 62 entrevistas realizadas com profissionais ligados à gestão da APS de Pelotas.

### 4.2.1 Análises das entrevistas

Por meio da utilização do *software NVivo 3.1* buscou-se aprimorar as ferramentas da análise de conteúdo (BARDIN, 2009), para garantir a confiabilidade necessária a este estágio do estudo. Os dados brutos foram tratados e codificados através do *software NVivo 3.1*, no qual os resultados são apresentados de acordo com cada nó (categorização dos códigos), passagem dos dados brutos textuais em dados organizados para a análise.

Partiu-se da descrição específica das citações encontradas em cada entrevista e classificaram-se os dados brutos de acordo com o tema e objetivos do estudo. Contudo, cabe salientar a amplitude das análises possíveis de serem realizadas com o *NVivo 3.1*, em que o pesquisador deve ter sempre a referência teórica que lhe assegure uma linha de raciocínio para os dados apresentados.

Na leitura dos códigos através da contagem de palavras realizadas pelo *NVivo 3.1* (anexo 3 - lista de códigos) observou-se que muitas palavras se repetiam, estavam ligados ao mesmo contexto e podiam ser agrupadas em uma mesma categoria de análise. Dessa forma, apresenta-se na Figura 17, a totalidade de categorias encontradas após a inclusão das 62

entrevistas, leitura de cada material individualmente (leitura flutuante) e seleção dos nós correspondentes.

Figura 17 – Categorização ou nós

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em
Estratégia de Saúde da Família	41	44	21/06/2015 22:10	ICRBR	06/07/2015 21:03
Forças externas	40	73	22/06/2015 11:23	ICRBR	06/07/2015 21:03
Forças internas	38	66	22/06/2015 11:23	ICRBR	06/07/2015 20:55
Inovação de Processo	42	68	21/06/2015 22:04	ICRBR	06/07/2015 21:01
Inovação de Produto	56	116	21/06/2015 22:02	ICRBR	06/07/2015 21:03
Inovações de Marketing	7	7	21/06/2015 22:07	ICRBR	05/07/2015 9:49
Inovações Organizacionais	49	71	21/06/2015 22:05	ICRBR	06/07/2015 21:03
UBS Tradicional	19	19	21/06/2015 22:12	ICRBR	05/07/2015 9:58

Fonte: NVivo (2015).

Observou-se, após o término dessas análises, a predominância das citações sobre inovações de produto: citadas 116 vezes pelos entrevistados em 56 fontes de entrevistas. Este número representa a importância desta inovação para a UBS, tanto para os gestores ligados à gestão central da APS na SMS, quanto para os responsáveis/gestores das UBS.

Destacou-se também a influência das forças externas (Trajetória Institucional, Usuários, UBS e CMS) com grande grau de relevância pelas entrevistas, havendo 73 referências em 40 fontes de entrevista. Tal resultado confirma os parâmetros delineados na pesquisa na influência das forças externas na qualificação, absorção e aplicação das estratégias necessárias para inovação das UBS (SUNDBO e GALLOUJ, 1998).

Elencou-se como categorias ou nós e seus respectivos resultados para cumprir com a descrição dessas seleções de material das entrevistas as seguintes palavras: ESF com 44 referências em 41 fontes; Forças Internas com 66 referências em 38 fontes; Inovação de Processo com 68 referências em 42 fontes; Inovações de Marketing com 7 referências em 7 fontes; Inovações Organizacionais com 71 referências em 49 fontes e UBS Tradicional com 19 referências em 19 fontes.

Apresentam-se, na próxima seção, os comentários a respeito das verbalizações e citações mais pertinentes para a compreensão dos nós. O teor de subjetividade encontrado nessas análises converge para a necessidade de demonstrar a forma pela qual os processos de

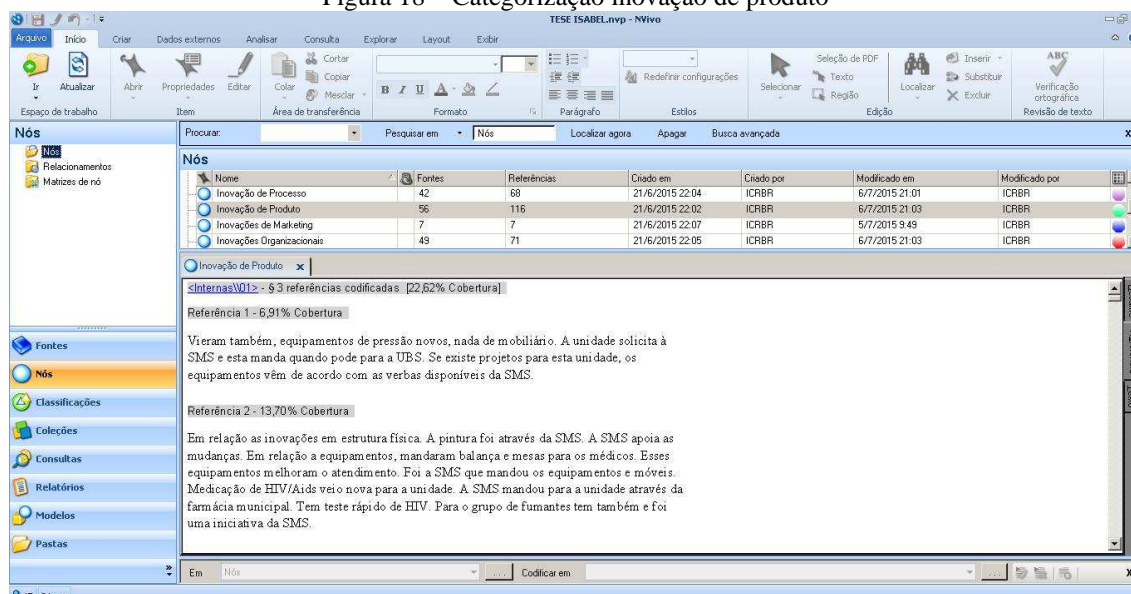
inovação são realizados sob a ótica dos atores sociais envolvidos, isto é, na visão dos entrevistados e, discuti-los com os resultados das análises quantitativas na triangulação dos dados, quando possível, a fim de assegurar maior grau de validade aos dados apresentados. Para compreender as significâncias destes resultados, destacam-se nas seções subseqüentes, as discussões da análise de conteúdo de cada estratificação obtida após a seleção dos trechos correspondentes aos nós identificados para a pesquisa.

#### 4.2.1.1 Inovação de produto

Nessa seção demonstram-se as referências sobre as inovações de produto, isto é, a introdução de um bem ou serviço, novo ou significativamente melhorado na UBS relacionado às suas características ou usos previstos. Portanto, aborda-se como estes equipamentos, melhoramentos em especificações técnicas, componentes e materiais, *softwares* incorporados, facilidade de uso ou outras características funcionais são referenciados pelos gestores/responsáveis entrevistados. Embora as verbalizações não apresentem os significados dos dados obtidos com a pesquisa quantitativa, elas nos permitem compreender, na visão do gestor, o processo de inovação, tendo em vista que esta percepção dos indivíduos expõe a vivência da rotina diária enfrentada pelos profissionais ligados à APS.

Entre as 116 referências citadas pelos entrevistados em inovação de produto, nota-se a grande presença, em maioria, das inovações de estrutura física e de equipamentos. Além dessas, há grande espaço para as verbalizações referentes às inovações de produto com a vinda de recursos humanos, com a adesão ao Programa Mais Médicos, PROVAB e ESF. Recebimento de equipamentos e testes de HIV/Aids também são frequentes nas respostas dos entrevistados. Demonstra-se, na Figura 18, a representação dos diagnósticos obtidos no *software NVivo 3.1* sobre inovação de produto.

Figura 18 – Categorização inovação de produto



Fonte: NVivo (2015).

Destaca-se a grande relação entre aquilo que os entrevistados entendem como inovação de produto, como origem e as forças externas propulsoras dessas inovações, como verbas do Governo Federal e programas desenvolvidos por ações governamentais do MS. Nesse entrelaçamento, a SMS – conforme verbalizações e referências encontradas – funcionam como um interlocutor, uma ponte entre estas esferas, ou seja, aquilo realmente necessário para manter/ampliar/qualificar a APS do município e os projetos e programas lançados pelo MS. Contudo, como o contato dos responsáveis/gestores das UBS acontece de forma direta com a SMS, esta é percebida pelos profissionais mais como o órgão impulsionador da inovação, do que o canal para que as inovações aconteçam.

Essa associação está diretamente ligada à forma de administração operacionalizada na gestão plena, centralizada no município como articuladora das verbas federais, estaduais e municipais, que foram claramente expressas nas entrevistas. Destacam-se os trechos dos relatos 1, 34 e 36 no qual os entrevistados citam apenas a SMS como fonte originária das inovações de produto ocorridas na UBS no período analisado. Na entrevista 34, no entanto, observou-se que a vinda de médicos ocorreu através da UFPEL.

Existe entre a SMS e as Universidades (UFPEL e UCPEL) uma parceria, pela qual a Universidade entra com o espaço físico e os profissionais, além de compartilhar com a gestão central o abastecimento de medicamentos, equipamentos de uso geral, mobiliário e a gestão da unidade. Nas entrevistas também observou-se a vinda de equipamentos para o dentista, sendo expresso pelos respondentes, ou justificado, que a Saúde Bucal tem verba própria para isso. Nesse sentido, captado entre as verbalizações, parece haver certo despeito de existirem

recursos para uma área e para outras, no momento, não. Ressalta-se a importância do Sistema Inteligente de Segurança - SIS que permite agilizar os pedidos da unidade na SMS.

[...] Em relação às inovações em estrutura física, a pintura foi através da SMS. A SMS apoia as mudanças. [...] Em relação a equipamentos, mandaram balança e mesas para os médicos. Esses equipamentos melhoram o atendimento. Foi a SMS que mandou os equipamentos e móveis. [...] Medicação de HIV/Aids veio nova para a unidade. A SMS mandou para a unidade através da farmácia municipal [...]. [...] Tem teste rápido de HIV. [...] Para o grupo de fumantes tem também medicação para o tabagismo e foi uma iniciativa da SMS [...] (ENTREVISTA 01, *NVivo*, 2015).

[...] A maioria dos médicos é da UFPEL que trabalham no posto. Muitos medicamentos e materiais a UFPEL que enviou, a SMS só dá suporte com o básico da lista padronizada. [...] Vieram vários equipamentos para o dentista, mas deve ser de verba própria da saúde bucal da SMS. [...] Veio *split* que ninguém havia solicitado [...] (Entrevista 34, *NVivo*, 2015).

[...] Para o dentista veio todo um consultório novo, pois a equipe pediu na coordenação de saúde bucal da SMS. Tudo foi pedido através do SIS. [...] (Entrevista 36, *NVivo*, 2015).

Observa-se, através da entrevista com a gestão central do município, entrevista A, que as reformas, equipamentos e medicações elencadas pelos entrevistados 1 e 36, como inovações de produto, são gerenciados pela SMS. Contudo, não correspondem a verbas oriundas somente de recursos municipais, como foi demonstrado no relato 34, no qual o entrevistado e a UBS eram ligadas à UFPEL e a universidade supria as necessidades. Evidencia-se uma distorção na perceptividade de quem recebe na UBS estes materiais/equipamentos/reformas, pois, na maioria das situações relatadas existe um vínculo direto com a SMS atrelado a esta percepção, deixando de lado a real origem das verbas utilizadas para tais inovações, ocorridas através da adesão da SMS aos programas e projetos lançados pelo MS.

[...] Nesse sentido, nós conseguimos dobrar a cobertura populacional; hoje nós estamos em fase de conclusão de 65 novas equipes de ESF, 14 equipes de saúde bucal, cobertura 68% da população. [...] Este trabalho do município precisa de parceiros [...] Nós fomos, também na busca de colaboradores no Governo do Estado e do Governo Federal, aderindo a todas as políticas públicas que visam justamente colocar, inverter a pirâmide, que coloca a alta e média complexidade como prioridade, e na verdade temos é que evitar que esse cidadão chegue a ficar doente, resolvendo suas questões de saúde na atenção primária [...] (Entrevista A, *NVivo*, 2015).

Portanto, observa-se na entrevista A, estar o processo de inovação diretamente ligado à adesão por parte da gestão central da SMS aos programas e projetos lançados pelo MS como políticas públicas. Nota-se a prevalência de uma representação unilateral da inovação de produto, ligada ao Governo Federal. Contudo, as inovações não ocorreram somente através de

verbas federais, internamente a SMS também se articula e inova como é o caso da criação do cargo de Gerentes Distritais.

Ocorreram inovações relatadas com a vinda de recursos humanos com a ESF, equipamentos com verbas da Saúde Bucal e mudanças nos processos e rotinas de trabalho realizadas pela equipe de enfermagem. Tais inovações a nível interno da UBS ocorrem, em grande parte, através das reuniões de equipe e observações do responsável/gestor da unidade. Nesse estudo levou-se em consideração tanto as inovações impulsionadas pela SMS quanto as realizadas na UBS, ou seja, delineiam-se desde o impulsionador, projetos e recursos provenientes do Governo Federal, até as ações a nível individual da UBS, que levem a inovações na APS a todas as dimensões.

Identificou-se como importante o impacto da implantação da ESF no processo de inovação das UBS, sendo um propulsor de mudanças. Os recursos oriundos do Governo Federal para a ESF, associados às mudanças em cascata através da disponibilização dessas verbas propiciam inovações nas perspectivas analisadas (estrutura, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, exames, gestão e atendimento ao usuário). A vinda de recursos financeiros com a ESF propiciou a ampliação da estrutura física das unidades, a contratação de profissionais para compor as equipes, novos equipamentos para uso médico e da equipe, medicamentos e materiais, e mudanças em processos e rotinas organizacionais para adequar a rotina de trabalho, como a ampliação da agenda de atendimentos e exames.

Contudo, apesar dos pontos positivos elencados, das inovações decorrentes da adesão a programas/projetos do MS, observa-se a dificuldade no cumprimento da efetividade dessas ações, tendo em vista, por exemplo, a falta de espaço físico para abrigar os profissionais contratados; a demora para montar uma equipe completa, o que compromete o trabalho dos profissionais já contratados ou até mesmo a inexistência da logística para a realização dos serviços oportunizados pela ESF, como é o caso da zona rural, onde existe o trabalho da ESF, mas duas UBS não têm transporte para fazer a visita nas residências (as distâncias impedem que se façam a pé). Os profissionais acabam usando os próprios veículos ou aqueles cedidos pela comunidade.

Os trechos codificados e apresentados das entrevistas 2, 15, 17, 18 e 38, respectivamente, conseguem dimensionar estas percepções por meio das verbalizações dos gestores/responsáveis a seguir apresentadas.

[...] Estrutura física, teve uma reforma na sala de vacina, veio a ESF e a vinda da ESF foi um pedido da SMS que veio para o posto e nós aceitamos. [...] Foi a SMS que verificou a necessidade de implantar aqui a ESF. Bem importante para a comunidade, mas não vieram ainda os ACS, eles estão sendo contratados através de concurso e leva um tempo [...] (Entrevista 02, *NVivo*, 2015).

[...] O posto está funcionando como podes ver em uma casa emprestada, pois a unidade está sendo toda reformada para trabalhar com a ESF. A ESF ainda não começou. [...] Os agentes estavam sentados tomando chimarrão, pois o médico também não havia chegado para começarem a planejar as atividades. [...] A proposta da ESF veio da SMS e motivou a equipe, pois começaram as reformas que haviam sido solicitadas há anos. Tudo começou com a ESF [...] (Entrevista 15, *NVivo*, 2015).

[...] O posto foi todo reformado, tudo novo, unidade nova e estas mudanças foram pedidas pela equipe à SMS e com a vinda da ESF, tudo melhorou [...] o que falta ainda é um carro para que a gente possa fazer mais visitas, pois nem sempre temos o carro da Secretaria, que só vem duas vezes por semana, daí usamos o nosso, ou de alguém que nos empresta da comunidade (Entrevista 17, *NVivo*, 2015).

[...] Houve reforma [...] Veio a ESF para a comunidade e mudou muito o trabalho da equipe interna. O impacto não foi ainda tão significativo na Z3, pois houve a saída de um médico o que piorou o trabalho, pois ele era respeitado e querido na comunidade [...] (Entrevista 18, *NVivo*, 2015).

[...] Ficam brabas pela ESF não incluir a assistente social na equipe. Existe uma dissociação entre a equipe da manhã e a da tarde. [...] São equipes completamente distintas. O posto também não tem chefia. Não tem ACS [...] (Entrevista 38, *NVivo*, 2015).

Nas entrevistas 7, 28 e 33, foram destacados os impactos dos investimentos realizados em Saúde Bucal nas unidades. Estes novos materiais e equipamentos para compor os consultórios dentários, além dos profissionais odontólogos, mexem com a estrutura de atendimento de toda a UBS e representam, no cenário das inovações de produto, um diferencial, pois melhoram significativamente a dinâmica dos procedimentos efetuados relativos à Saúde Bucal, alterando a estrutura física para receber os novos profissionais e equipamentos, como cadeiras, ar-condicionado, autoclaves e outros que são obrigatórios para compor os consultórios dentários. Dessa forma, envolvem transformações nas relações de trabalho de toda a equipe da UBS.

A entrevista 7 também demonstra haver dificuldades na aplicação de inovações de produto na lógica da APS, ou seja, áreas mais necessitadas receberiam maior apoio e investimentos. A forma mais eloquente está no modo como estes materiais chegam, atendendo a requisitos de Programas Federais – os quais enviam as verbas para a compra de determinados e específicos materiais, sem poderem ser realocados – mas não levam em consideração a infraestrutura dos prédios para serem instalados, nem a manutenção necessária para garantir a vida útil dos equipamentos/materiais. Ou seja, os equipamentos chegam,



caracterizando uma inovação de produto, mas demoram a serem instalados e, por consequência, não cumprem com a sua função: a melhoria do atendimento à população.

Em geral, há também a dificuldade dos profissionais das equipes da UBS em compreenderem os motivos para a inovação, uma vez que evidenciam outras áreas tão importantes quanto a contemplada e que não têm investimentos. Observou-se um desajuste na compreensão, por parte das equipes da UBS, de como utilizar recursos financeiros oriundos de Projetos do Governo Federal, quanto à sua restrita aplicação em áreas pré-programadas e o entendimento de a gestão central da SMS apenas gerenciar recursos disponibilizados por estes programas, que não podem ser realocados em outras áreas devido à prestação de contas. Destaca-se, na entrevista 33, a dificuldade relatada em “perder” o profissional após o término do contrato de trabalho com o PROVAB (um ano) e o Mais Médicos (três anos), em função do vínculo estabelecido com a comunidade e com a equipe de trabalho da UBS.

[...] Mas para o dentista veio aparelhos novos para compor a sala, verba da odontologia na SMS. A SMS que enviou, pois tem verba para isso, os outros consultórios não receberam nada, precisamos de tanta coisa, mesas ginecológicas, autoclave, entre outros. A SMS que enviou para a UBS os equipamentos do dentista [...] (Entrevista 07, *NVivo*, 2015).

[...] Recebemos equipamentos de dentista no posto há 4 meses, mas o ar condicionado ainda não foi instalado, pois a SMS não tem quem monte [...] (ENTREVISTA 28, *NVivo*, 2015).

[...] Temos pena de perder os médicos, por que o Mais Médicos fica só por 3 anos, no PROVAB, fica 1 ano, e depois renova. Quando eles entendem o contexto da comunidade e estão engajados com a comunidade, vão embora. O dentista recebeu vários equipamentos novos que a Saúde Bucal enviou. Tudo parte da equipe que solicita para a SMS, e esta envia na maneira que pode para o posto [...] (Entrevista 33, *NVivo*, 2015).

[...] Existe um acordo de cooperação entre a UCPel e a SMS. A SMS entra com a estrutura e nós com os professores, médicos e insumos necessários. Nós convidamos a população a participar das atividades aqui na UBS e eles respondem bem. Na UBS temos a dentista, as ACS e Auxiliares de Saúde Bucal que vieram da SMS [...] (Entrevista 46, *NVivo*, 2015).

Na entrevista 46, as inovações foram promovidas pela universidade à qual a UBS está vinculada. O envolvimento da comunidade em algumas localidades com as UBS também foi destacado na entrevista 14, com reformas por ela patrocinadas no intuito de ajudar e melhorar o atendimento prestado à população.

[...] A comunidade fez muitas reformas aqui na UBS, reformou a sala da pediatria e a sala da farmácia. A comunidade faz todas as reformas aqui na UBS. A UBS manda alguns equipamentos, poltronas, ventiladores, quando nós solicitamos, mas demora bastante. Mas aqui acontece assim..., às vezes nós pedimos os equipamentos e a SMS envia, outras vezes recebemos equipamentos sem termos pedido, simplesmente nos é enviado pela SMS [...] (ENTREVISTA 14, *NVivo*, 2015).

Este relato demonstra que, ao ser representado o processo de inovação nas UBS, há espaço para a atuação da comunidade. Isto é, os resultados obtidos após os diagnósticos das entrevistas levam a destacar as forças externas como integrantes desta dinâmica de transformações, necessária para levar à inovação de produto, bem como de outras dimensões.

#### 4.2.1.2 Inovação de processo

Encontram-se especificadas, nessa seção, as referências codificadas sobre as inovações de processos, caracterizadas como a implementação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado. Incluem-se nesse aspecto as mudanças significativas em técnicas, equipamentos e/ou *softwares*. Ao observar as referências, percebe-se que as inovações de processos estão associadas às inovações de produto que, por vezes funcionam como propulsoras dessas adequações.

Há um movimento de transformação resultante da aquisição de novos produtos, perceptível por meio da alteração dos processos nas UBS. Ou seja, a inovação de produto, com novos equipamentos, profissionais, medicamentos e materiais, gestão ou estrutura física, leva a alterações nos processos de trabalho para o oferecimento dos serviços de saúde, ocasionando, assim, o ambiente propício para desenvolver as inovações de processo, pois requer melhorias substanciais nas características do serviço prestado. Foram encontradas 68 referências em 42 fontes de análise e na figura 19, pode-se visualizar a abordagem das codificações no *software NVivo 3.1*.

Figura 19 – Categorização inovação de processo

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
Inovação de Processo	42	68	21/6/2015 22:04	ICRBR	6/7/2015 21:01	ICRBR
Inovação de Produto	56	116	21/6/2015 22:02	ICRBR	6/7/2015 21:03	ICRBR
Inovações de Marketing	7	7	21/6/2015 22:07	ICRBR	5/7/2015 9:49	ICRBR
Inovações Organizacionais	49	71	21/6/2015 22:05	ICRBR	6/7/2015 21:03	ICRBR

**Inovação de Processo** - 5 referências codificadas [27,19% Cobertura]

**Referência 1 - 7,21% Cobertura**  
Para a vinda de recursos humanos para a unidade, foi através da iniciativa da SMS que organizou e enviou a enfermeira nova, pois a antiga enfermeira do posto não podia trabalhar 8h com a ESF. Foi uma readequação do serviço, remanejamento.

**Referência 2 - 4,75% Cobertura**  
A enfermeira assumiu a farmácia na unidade e fez uma capacitação promovida pela SMS. Depois dessa capacitação, então, vieram os exames rápidos de HIV/Aids.

**Referência 3 - 5,04% Cobertura**  
A própria SMS enviou as mudanças em condutas de solicitação de exames para a unidade. Os exames complementares. Fioraram com o tempo. Para a realização os exames de tomografia.

Fonte: NVivo (2015).

Os trechos das entrevistas 1, 2, 4, 6, 10, 18, 25 e 49 demonstram a predominância das mudanças nas formas dos atendimentos, agendamentos e capacitação dos funcionários, entre outras readequações nos processos internos das UBS.

[...] Para a vinda de recursos humanos para a unidade, foi através da iniciativa da SMS que organizou e enviou a enfermeira nova, pois a antiga enfermeira do posto não podia trabalhar 8h com a ESF. [...] Foi uma readequação do serviço, remanejamento. [...] Houve algumas melhorias no atendimento em função dos grupos de idosos, tabagismo, gestantes. Essa iniciativa partiu da equipe interna ao aderirem aos projetos da SMS como ESF e PROVAB. [...] Tem grupo de caminhada e grupo de hipertensos também promovidos pela UBS (Entrevista 1, *NVivo*, 2015).

[...] A equipe interna mexeu no atendimento e ampliou o atendimento (número de fichas) com a vinda da ESF. Só que não existe espaço físico no posto para abrigar a equipe. Facilitou o agendamento, atendemos uma parte de livre demanda, então ampliou bastante [...] (Entrevista 2, *NVivo*, 2015).

[...] Mudanças na gestão foram através do agendamento de idosos para o clínico da tarde. Mudanças são feitas internamente para melhorar o trabalho dos médicos. Ampliou-se o atendimento aos idosos. [...] (Entrevista 4, *NVivo*, 2015).

[...] A mudança na gestão vem da organização da equipe de trabalho, com a SMS tudo começa por ai. As reuniões de equipe com a TELLUS apoiando e reforçando esta ideia com a aprovação e aceite da SMS. [...] Houve uma substancial melhoria da equipe de trabalho, ampliando o atendimento aos pacientes. O educador físico esta atuando e formando grupos de trabalho com a comunidade [...] (Entrevista 6, *NVivo*, 2015).

[...] A SMS criou o novo protocolo de pedido de exames e isso melhorou bastante as solicitações de exames [...] (Entrevista 10, *NVivo*, 2015).

[...] Mas tem reunião e um planejamento de curto prazo. [...] Em relação ao usuário houve mudança no agendamento do mesmo, que antes ficava na fila desde as 3h da manhã e agora não. Eles sabem quando podem tirar a ficha [...] (Entrevista 18, *NVivo*, 2015).

[...] Alguns são agendados, mas quem precisa consultar e foi triado, tem o atendimento garantido no dia. A equipe toda segue o protocolo de triagem e tem dado muito certo nessa UBS, pois quem não se encaixa no nosso modo de trabalhar, não fica aqui, quem vem para cá já sabe que tem que atender muito, trabalhar muito e ensinar muito. Somos equipe e temos um compromisso com a comunidade e com a UCPEl [...] (Entrevista 25, *NVivo*, 2015).

[...] Começamos a formalizar as reuniões e o trabalho com a vinda da ESF, pois temos vários relatórios e metas que precisam ser realizados efetivamente, antes era mais informal, qualquer um podia fazer uma alteração de agenda, de processo, agora não, antes nós conversamos e acertamos tudo entre nós, todo mundo trabalha unido [...] (Entrevista 49, *NVivo*, 2015).

Ao identificar essas ocorrências de inovações de processo converge-se para o estabelecimento de novos critérios nas estratégias de trabalho, com a ampliação da agenda de tarefas da UBS, resultante dos novos profissionais da ESF, PROVAB, criação de grupos de trabalho e inclusão da comunidade, sendo oferecidos serviços correspondentes ao resultado dessas mudanças nas UBS.

Observa-se no relato 6, numa UBS, as inovações de processo também foram promovidas pelo Instituto TELLUS, uma organização sem fins lucrativos (OSCIP), que promove a inovação em Serviços Públicos no Brasil. A metodologia de trabalho contou com investimentos financeiros e construção de uma unidade nova, com o envolvimento dos usuários, servidores e gestores públicos nos processos de cocriação do serviço prestado, gerando o engajamento de todos nas soluções desenvolvidas. A UBS ligada à UCPEL, relato 25, também promoveu mudanças nas formas de trabalho, com a criação de protocolo de triagem permitindo identificar os usuários que precisam consultar no dia e os que podem ser agendados. Dessa forma, todos são acolhidos. Também em relação ao ensino na unidade com a participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde). Esse programa se materializa como uma política indutora de novas relações entre instituições de ensino de nível superior e a assistencial, permitindo nessas interações e pelo trabalho, o aperfeiçoamento de profissionais da saúde, sendo a formação acadêmica por meio de estágios de estudantes da área da saúde em disciplinas curriculares desenvolvidas nos cenários de práticas assistenciais, em estreita proximidade com a comunidade (NUNES, 2012).

A SMS também promove mudanças nos processos de trabalho das UBS como, por exemplo, o projeto Mãe Pelotense, com o intuito de integrar a assistência e dimensionar a aplicação de um novo método de distribuição de produtos (nesse caso, enxoval para bebê) com a delimitação de regras a serem cumpridas pela gestante para ter direito total, como a realização do pré-natal, exames etc. Estas inovações de processo podem ser ampliadas para as reestruturações aplicadas, tanto em âmbito interno quanto externo das UBS, na distribuição de ações, programas e serviços oferecidos à população. No entanto, em outra instância de análise, notam-se os entraves encontrados por algumas UBS para completar as etapas necessárias que se seguem às inovações de processo, como a incapacidade de instalar alguns equipamentos, dificuldades de infraestrutura e/ou pessoal para o trabalho, como se observa nas entrevistas 9, 11 e 29, nas quais o entrevistado expõe estas reflexões.

[...] Os pedidos partem de alguém da equipe. A SMS também enviou vacinas novas para a UBS, o posto não pediu ou solicitou nada novo. A equipe interna do posto teve que se organizar para acolher os médicos cubanos, do jeito que pode, pois houve muita resistência interna. Normalmente a SMS não pergunta ao posto o que ele quer, só envia as novidades e nós temos que nos adaptar, relata [...] (Entrevista 09, *NVivo*, 2015).

[...] Não tem filas aqui para as fichas da manhã e da tarde, mas o pessoal faz fila ao meio dia para tirar ficha para a noite. Isso nos chateia bastante.[...] Mas cada turno é autônomo e decide como quer trabalhar. Não existe integração. [...] Foi a SMS que fez a reforma e pintura do posto, não sei se alguém pediu, acho que não [...] (Entrevista 11, *NVivo*, 2015).

[...] Não temos reunião de equipe, nem planejamento das atividades, nosso posto é pequeno e fizemos as adequações quando necessário, cada um sabe como deve trabalhar. Acho que é a recepção que pede medicamentos e materiais, pois a nossa chefe está afastada da unidade para estudo [...] (Entrevista 29, *NVivo*, 2015).

Os trechos apresentados das entrevistas 9, 11 e 29 conseguem destacar a resistência apresentada por algumas UBS em adaptar-se aos novos processos exigidos pela SMS, para receber novos profissionais, produtos ou equipamentos, e até mesmo para o remanejamento de profissionais entre as UBS. De certa forma, evidencia-se a falta de conexão entre o que as unidades solicitam e enxergam como necessário e o que pode ser efetivamente realizado pela SMS ou outras forças e entidades envolvidas, como TELUS, ONGS, Universidades. Podem colaborar para esta situação, as deficiências de comunicação, as carências de integração, planejamento compartilhado, entre outros aspectos relevantes, que importam para a inovação em processo e para outras dimensões ocorrerem.

Ressalta-se que as unidades citadas trabalham no modelo Tradicional de atenção. Estas características elencadas são, portanto, componentes importantes do modo operante da unidade Tradicional, onde não se evidenciou a integração entre as equipes de trabalho. Dessa forma, a postura ora relatada deveria ser levada em conta nas decisões ou rotina da unidade, mas ainda é desconhecida para os indivíduos envolvidos, talvez por conveniência. Pois, ao saber delas, é necessário posicionar-se ao fato, e alterar a situação percebida. Como não há discussão, também não existe responsabilização, nem como mudar a situação para integrar as pessoas e os processos de trabalho.

Cabe destacar ainda, nessa seção a implantação dos Sistemas Inteligentes de Segurança (SIS), ferramenta online utilizada para os pedidos de medicamentos, materiais, equipamentos, reformas e reparos, consertos, entre outros..., e encaminhamentos à SMS feitos pelas UBS. As entrevistas 15, 20, 23 e 34 possuem citações dos entrevistados referentes à aplicação deste sistema na prática.

[...] Nós pedimos agora medicamentos e a SMS envia, tudo pelo SIS. Como somos zona rural, não temos internet, daí temos que fazer os pedidos de casa. [...] (Entrevista 15, *NVivo*, 2015).

[...] Para o dentista vem equipamentos sem serem solicitados, tem verba e a gestão é separada. Nós temos que pedir de casa pela internet pelo SIS, sistema da secretaria, todos os materiais, equipamentos e medicamentos que precisamos, aqui não tem internet [...] (Entrevista 20, *NVivo*, 2015).

[...] Em equipamentos vieram da SMS mesas, autoclaves, armários. A equipe após as reuniões semanais define o que será pedido e alguém faz o pedido pelo SIS. Tem reunião de equipe e planejamento das atividades aqui na UBS, pois somos ESF [...] (Entrevista 23, *NVivo*, 2015).

[...] Os pedidos da SMS são realizados pelo SIS. Nós decidimos tudo em reunião de equipe, pois planejamos a nossa atividade e após isso tomamos as medidas corretivas necessárias [...] (Entrevista 34, *NVivo*, 2015).

Esta inovação, relacionada à utilização de *software*, o SIS, partiu da SMS e teve grande importância para as UBS, pois permitiu, no panorama analisado, agilizar o atendimento às necessidades de cada UBS. Dessa forma, estabeleceu, pode-se dizer, um norte aos outros processos de trabalho, alterando substancialmente os métodos de distribuição e de produção das unidades. No entanto, em algumas unidades urbanas e na zona rural, ainda existe a dificuldade da instalação de computadores em rede com internet em função das distâncias, do custo, o que compromete a utilização do SIS, do canal de acesso rápido e a comunicação proporcionadas pela SMS.

#### 4.2.1.3 Inovações organizacionais

As inovações organizacionais são implementações de novos métodos organizacionais nas práticas de negócios da empresa – nesse caso, as UBS – na organização do seu local de trabalho ou em suas relações externas. Identifica-se um forte entrelaçamento entre esta tipologia com as inovações de produto e processo.

A primeira, inovação de produto, como fator de impulsão a outras necessidades de inovação e a segunda, de processo, como característica transformada, muitas vezes associadas às alterações no âmbito organizacional. É como um encadeamento de mudanças nas dimensões da inovação de produto e de processo, que podem resultar na inovação organizacional.

No sistema de análise qualitativa no *NVivo* 3.1, foram codificadas 71 citações em 49 fontes de entrevistas, considerando estes números como expressivos quando comparados a outros códigos. Portanto, desta observação pode-se compreender que foram necessárias diversas adequações dentro da organização das UBS, interferindo na forma com a qual oferecem ou prestam os serviços de saúde, para suportar, abranger e responder aos requisitos que fazem parte da ESF, programas e/ou projetos municipais e projetos da comunidade, para serem plenamente operacionalizados. A Figura 20 mostra os resultados da codificação organizacional com o *software NVivo* 3.1.

Figura 20 – Categorização inovação organizacional

The screenshot shows the NVivo software interface. At the top, there is a menu bar with options like 'Arquivo', 'Início', 'Criar', 'Dados externos', 'Analisar', 'Consulta', 'Explorar', 'Layout', and 'Exibir'. Below the menu is a toolbar with various icons for file operations and editing. The main window is divided into several panes. On the left, there is a 'Nós' (Nodes) pane with a tree view showing 'Nós', 'Relacionamentos', and 'Matrizes de nó'. The central pane displays a table with the following data:

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
Inovações Organizacionais	49	71	21/6/2015 22:05	ICRBR	6/7/2015 21:03	ICRBR
UBS Tradicional	19	19	21/6/2015 22:12	ICRBR	5/7/2015 9:56	ICRBR

Below the table, there is a search bar and a list of references. The first reference is highlighted:

Referência 1 - 10,45% Cobertura

Veio enfermeira nova para a unidade, a UBS tem 2 consultórios. Não tem espaço disponível para mais gente. Para a vinda de recursos humanos para a unidade, foi através da iniciativa da SMS que organizou e enviou a enfermeira nova, pois a antiga enfermeira do posto não podia trabalhar 8h com a ESF. Foi uma readequação do serviço, remanejamento.

Referência 2 - 4,75% Cobertura

A enfermeira assumiu a farmácia na unidade e fez uma capacitação promovida pela SMS, depois dessa capacitação, então, vieram os exames rápidos de HIV/Aids.

Referência 3 - 8,74% Cobertura

Em relação à gestão da UBS: as mudanças introduzidas se referem ao dia do pré natal que foi

Fonte: NVivo (2015).

A partir desta análise, se constrói as percepções adquiridas nas entrevistas dos profissionais ligados à gestão da APS do município sobre o contexto das inovações organizacionais. Denota-se, como ponto central das mudanças nesse aspecto, a reorganização interna das equipes para absorver os novos profissionais; técnicas de trabalho e manejo de equipamentos, procedimentos, entre outras inovações decorrentes das inovações de produto e de processo, integrando-os à rotina de trabalho da UBS. Destaca-se o comportamento cíclico observado nas entrevistas, isto é, há um processo de início – com inovação de produto e processo – o qual, por vezes, resulta em transformação a nível organizacional. Os trechos das entrevistas 17, 30, e 40, expõem as alterações introduzidas pela equipe de trabalho para adequar a estrutura organizacional das unidades.

[...] Fizemos as mudanças de gestão em conjunto e ouvimos a nossa comunidade. Um exemplo é que as mulheres não vinham fazer o CP por que o enfermeiro que coletava era homem, com a vinda da médica cubana, avisamos a comunidade que era a médica que faria a coleta e a agenda está lotada por meses [...] (Entrevista 17, NVivo, 2015).

[...] Tivemos que nos adaptar, que fazer mudanças e ter uma formalidade que não tínhamos, em função dos relatórios a serem preenchidos na ESF. [...] Isso fez com que mudássemos a agenda de consulta e nos organizássemos em horário de atendimento, de visitas, formalização de atividades, tudo. [...] A ESF alavancou a nossa organização interna eu posso afirmar (Entrevista 30, NVivo, 2015).

[...] Nós planejamos as atividades e temos reunião de equipe. [...] As decisões da unidade são normalmente tomadas em conjunto, a não ser algo emergencial, que precisa de uma decisão rápida. Mas depois conversamos e podemos organizar melhor [...] (Entrevista 47, NVivo, 2015).

A partir dos relatos 17, 30 e 47 observa-se haver uma adequação organizacional formal a ser cumprida pela UBS em função das estratégias, programas ou ações planejadas na gestão central da SMS, para todo sistema de saúde, que são inseridos na realidade da UBS, que se adapta e se reestrutura para o trabalho. Ressalta-se também, a participação da ESF e da comunidade como impulsionadores das mudanças organizacionais necessárias na unidade, e as reuniões de equipe quando os assuntos da UBS são discutidos, compreendidos e planejados. A formalização decorrente das reuniões como atas e relatórios garantem a compreensão de todos sobre os assuntos tratados, e serve de histórico para outras ações organizacionais. As entrevistas, 19, 47, F e H, elencam estas reflexões, bem como demonstram os componentes representativos das inovações organizacionais.

[...] Tivemos muitas mudanças em relação à gestão, como a ampliação do horário dos turnos de atendimento de idosos, de puericultura à tarde, em função do frio. [...] A equipe decide junto e comunica a todos as mudanças, nas reuniões, uma mudança que implementamos por último, foi que os exames são mostrados na parte da tarde para os médicos, e não se diminui os agendamentos do dia [...] (Entrevista 19, *NVivo*, 2015).

[...] Outro exemplo é o de sair receita sem ver o paciente, e isso não acontece mais, tem que vir consultar para pegar o remédio. [...] Nós cuidamos do paciente para não agravar o estado de saúde e o seu estado não ficar crônico. A recepção passa para a enfermeira e eu agendo a consulta para ele e só depois desses passos, ele vai poder pegar a medicação [...] (Entrevista 47, *NVivo*, 2015).

[...] Fatores que favorecem a inovação em organização e gestão é que achamos que as nossas reuniões de todas as terças-feiras ajudam muito, pois todos os gerentes e a superintendente, debatem o que está acontecendo nas unidades, e planejam as atividades em conjunto. [...] Nós conseguimos levar os encaminhamentos e peculiaridades de cada região para dentro da SMS. É uma grande inovação [...] (Entrevista F, *NVivo*, 2015).

[...] A melhor organização, melhor gestão, está associada à valorização dos profissionais [...] (Entrevista H, *NVivo*, 2015).

O trabalho das equipes foi destacado nas entrevistas codificadas, 19, 47, F, H, que representam grande parte das inovações organizacionais, com foco nas formas de organização do trabalho interno, o qual resulta em melhorias para o atendimento à comunidade. São exemplos a organização dos pedidos de exames e urgências, distribuição de exames, consultas, agendamentos, além das reuniões de equipe organizadas nas unidades que promovem a discussão dos problemas e o planejamento das atividades. Nesse sentido, as inovações de produto e processo, como as capacitações que foram necessárias aos novos profissionais enviados para a UBS e para a equipe vigente, atuam como o suporte necessário para que haja condições das inovações organizacionais acontecerem. Destaca-se o relato sobre



a valorização dos profissionais, entrevista H (gestão central), o que demonstra a preocupação com o pagamento desses profissionais, valorizando-os pelo serviço prestado.

Por outro lado, também há citações, como as das entrevistas 5, 7, 13, 35 e 43, das dificuldades enfrentadas, pelas UBS que não possuem ESF ou outro programa, para coordenar as mudanças e ampliar, para todos, os turnos de atendimento. Há, em algumas unidades Tradicionais, uma separação por turno ou equipe na forma como operacionalizam o trabalho na UBS, o que dificulta realizar as mudanças e melhorias no que já existe. Entrevistas citadas a seguir 5, 7, 13, 35 e 43, exemplificam estes relatos.

[...] Existe uma “descoordenação” entre a noite e o dia, não trabalham iguais. Antes tinha chefe no posto, agora não existe mais. O médico é que está fazendo as mudanças no posto, de acordo com as suas necessidades. A doutora determinou a mudança e todos seguiram. Teve o outubro rosa que a SMS implementou e o novembro azul com teste de PSA para os homens [...] (Entrevista 05, Nivo, 2015).

[...] Só uma pessoa toma as medidas necessárias na unidade para gerenciá-la. Não tem planejamento, nem reunião de equipe, a equipe da manhã não conversa com a da tarde, não tem relação alguma. Não existem limites de atendimento na zona rural pelas distâncias que o paciente tem que percorrer para ser atendido. Só temos carro para as visitas domiciliares duas vezes na semana, à tarde, isso dificulta muito o acesso às casas [...] (Entrevista 07, NVivo, 2015).

[...] Na gestão a burocrata pergunta ao médico como ele vai atender, quantas fichas deve dar, e segue a orientação, ele decide. As equipes, manhã e tarde, tomam as suas decisões de forma independente, não conversamos, nem discutimos em conjunto, é uma pena [...] (Entrevista 13, NVivo, 2015).

[...] Nós não temos reunião de equipe nem planejamento das atividades. Aquele que percebe que algo precisa ser feito, pede. Não tem por que esperar que todos aceitem, pois nossos horários são diferentes [...] (Entrevista 35, NVivo, 2015).

[...] Vamos começar a nos organizar melhor. Mas falta estrutura física para isso. As inovações por aqui são poucas e precisamos de ideias e planejamento por aqui. A nossa demanda é espontânea [...] (Entrevista 43, NVivo, 2015).

Evidencia-se que as unidades Tradicionais têm maior dificuldade quanto às questões estruturais e organizacionais, relativas às atitudes que envolvam o posicionamento dos gestores/responsáveis aos problemas enfrentados pela UBS, se um turno não conversa com o outro e não há ações planejadas e coordenadas e acaba priorizando somente os atendimentos; muitas vezes, essas atitudes isoladas os impede de refletir sobre as reais necessidades na organização da unidade, de maneira mais equilibrada e eficiente para o atendimento do usuário.

A falta de diálogo entre os turnos, “descoordenação” – termo citado por entrevistado –, inexistência de reuniões em alguns locais, centralização de decisões em uma pessoa – sem discutir com os demais - entre outros aspectos, podem ser um obstáculo tanto às mudanças

necessárias para qualificar o atendimento, quanto às inovações organizacionais e em outras dimensões possam ser realizadas.

#### 4.2.1.4 Inovações de *marketing*

As inovações de *marketing* são a implementação de um novo método de promoção com mudanças significativas na concepção do produto ou em sua embalagem, no posicionamento do produto. Nas entrevistas realizadas, observou-se um negligenciamento dos processos de inovação de *marketing* em APS. Embora esta tipologia seja tão relevante quanto as outras forças envolvidas ao promover-se a inovação, nota-se a tendência dos gestores em deixar esta etapa como último requisito ou até mesmo anulando a sua aplicação no cotidiano de trabalho ou planejamento das atividades na APS.

Evidenciam-se ações nacionais de *marketing* veiculadas com as campanhas de vacinação e cuidados gerais de saúde, que são replicados nos municípios, mas poucas ações, muitas vezes individualizadas são promovidas em APS em Pelotas. Os resultados obtidos no processo de codificação do NVivo 3.1, conforme a figura 21, contribuem para o entendimento desta observação.

Figura 21 – Categorização inovação de *marketing*

The screenshot displays the NVivo 3.1 interface with a table of categorized data. The table has the following columns: Nome, Fontes, Referências, Criado em, Criado por, Modificado em, and Modificado por. The data rows are:

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
Inovações de Marketing	7	7	21/6/2015 22:07	ICRBR	5/7/2015 9:49	ICRBR
Inovações Organizacionais	49	71	21/6/2015 22:05	ICRBR	6/7/2015 21:03	ICRBR
UBS Tradicional	19	19	21/6/2015 22:12	ICRBR	5/7/2015 9:58	ICRBR

Below the table, the software shows a list of text excerpts under the 'Inovações de Marketing' category. The excerpts are:

- <Internas\W1> - \$ 1 referência codificada [9,61% Cobertura]  
Referência 1 - 9,61% Cobertura  
Eles têm marketing com material informativo que vem da SMS e é distribuído para a população e cartazes na recepção. Não existe muito a conversa do turno da manhã com o turno da tarde. Não tem reunião de equipes e não tem planejamento das atividades, pois a ESF veio a pouco tempo e ainda não estão completas as equipes.
- <Internas\W2> - \$ 1 referência codificada [9,79% Cobertura]  
Referência 1 - 9,79% Cobertura  
Não tem trabalho de grupo, pois não tem espaço físico para reunir os pacientes. Tem que vir os ACS para organizar o trabalho. Não tem trabalho de marketing.
- <Internas\W2> - \$ 1 referência codificada [7,31% Cobertura]

Fonte: NVivo (2015).

Foram codificadas 7 citações em 7 fontes de entrevistas. Observa-se uma dualidade nas análises obtidas: a primeira pode ser considerada com a inexistência de inovações de *marketing*, ao considerarmos os relatos dos gestores/responsáveis que expõem não realizarem ações nessa área, pois não sabem como fazê-lo e não têm recursos financeiros para tal e, no outro segmento, incluem-se as estratégias de inovação em algumas UBS com ações de *marketing*, com destaque na utilização de materiais gráficos, geralmente impressos e distribuídos para os usuários e para a população adscrita. Exemplificam esse contexto com as citações das entrevistas 2 e 12, nas quais os entrevistados pontuam as dificuldades para utilizar o *marketing* como ferramenta de trabalho em APS.

[...] Não tem trabalho de grupo, pois não tem espaço físico para reunir os pacientes. Tem que vir os ACS para organizar o trabalho. [...] Não tem trabalho de *marketing*, pois não sabemos como fazer e não temos recursos da SMS para isto, teríamos que bancar do nosso bolso [...] (Entrevista 2, *NVivo*, 2015).

[...] Quando vem um caso específico a equipe do turno se reúne e conversa e, tenta resolver ou encaminhar. Não tem *marketing*. Só a campanha de vacina padrão veiculada pela televisão [...] (Entrevista 12, *NVivo*, 2015).

As UBS que optaram por implementar inovações de *marketing* – seja com recursos próprios ou de outras esferas – apresentam algumas limitações em explorar diferentes possibilidades de utilização de ações de *marketing*, como atrair a população para a unidade, e/ou informar sobre cuidados de saúde, e de como ter acesso a algum benefício, o bolsa família, por exemplo ou outras informações relevantes para a população.

Observa-se, nos dados codificados do relato 5, apenas a disseminação de ações de *marketing* por meio de cartazes e panfletos distribuídos para a população, isto é, somente materiais impressos. Muitas vezes, os panfletos distribuídos são padronizados por órgão do Governo e enviados para serem distribuídos nas UBS, perdendo o caráter de proximidade com a realidade local, além do distanciamento dos contextos sociais e epidemiológicos de cada região. Nas entrevistas 1, 20, 34 e 47 observam-se as verbalizações dos entrevistados relacionadas às inovações de *marketing* realizadas.

[...] Tem ações de *marketing* com material informativo que vem da SMS e é distribuído para a população e cartazes na recepção com informações aqui do posto e com cuidados de saúde [...] (Entrevista 01, *NVivo*, 2015).

[...] Colocamos nos quadros, mural, tudo que vamos fazer naquele mês tentando informar a população de cuidados a serem realizados, campanhas e serviços que prestamos e que a comunidade pode se inserir. Queremos mostrar ao usuário o que fizemos e o que ele pode e deve participar como exemplo, o grupo de tabagismo. Após eles saberem que tínhamos esse trabalho, muitos usuários quiseram participar para largar o cigarro [...] (Entrevista 20, *NVivo*, 2015).

[...] Fazem campanhas *marketing* de chamamento da população. As ACS distribuem *folders*, avisam a comunidade das campanhas de vacinação, dos grupos de trabalho, como gestantes, hipertensos, diabéticos, entre outros. Até na rádio da comunidade nós divulgamos as ações, o radialista criou o momento da saúde, onde informamos a comunidade de tudo que podemos fazer pela comunidade, é uma forma de contato direto com o cidadão [...] (Entrevista 34, *NVivo*, 2015).

[...] Ações de *marketing*, *folder*, comunicação, a prefeitura, SMS, manda o material e os ACS distribuem. Chamam a população. Comunicação visual pela recepção do posto tem também com informações gerais do atendimento e do cuidado com a saúde. Horário de agendamento e outras informações relevantes [...] (Entrevista 47, *NVivo*, 2015).

Percebem-se diferentes estratégias de inovação de *marketing* sendo realizadas pelas unidades, como a utilização da rádio comunitária, na entrevista 34, e distribuição de materiais informativos pelos ACS informando os usuários das campanhas de vacinação e cuidados gerais com a saúde. A criatividade também foi evidenciada, como demonstrou a entrevista 19, na qual a responsável/gestora da unidade expõe a criação de um material próprio, chamado de “jornalzinho informativo”, no qual esclarece sobre todos os serviços disponíveis na UBS para a população, cuidados gerais com a saúde e datas importantes, como o outubro rosa e o novembro azul. Essas inovações de *marketing* permitem a melhoria no acesso e disseminação de informações sobre os serviços de saúde de uma forma geral. Ou seja, a equipe desta unidade utilizou uma ferramenta diferenciada, dentro das inúmeras oferecidas pelo *marketing* e fez a diferença, essas ações são possíveis com os mesmos recursos disponibilizados – tanto humanos quanto financeiros – para expandir e, ao mesmo tempo, aproximar o contato com os usuários.

[...] Temos também um jornalzinho informativo do funcionamento da UBS para a comunidade, com dias de pré-câncer, puericultura, exames e outros agendamentos bem importantes [...] (Entrevista 19, *NVivo*, 2015).

Percebe-se, por meio de reflexão sobre os relatos, existir uma barreira para a ampliação das inovações de *marketing* em todas as UBS. Além disso, a rotina das unidades que visam prioritariamente melhorar os atendimentos, o acesso a exames, o trabalho de equipe, a distribuição de medicamentos, entre outros, deixa as ações que podem levar a inovações de *marketing*, na maioria das vezes, em segundo plano.

Salienta-se não haver equipes ou profissionais nas UBS responsáveis por ações de *marketing*, passando para SMS a responsabilidade de qualquer ato de divulgação junto à comunidade - a qual depende dos serviços da prefeitura, com maior abrangência e grande volume de trabalho - Nesse sentido, a elaboração de materiais, ações e projetos fica

dependente da prefeitura do município. Contudo, cabe salientar que algumas UBS conseguiram realizar ações sem ter dependência da SMS ou da prefeitura, mas com o engajamento de trabalho da equipe, realizado internamente.

#### 4.2.1.5 Forças externas

Ao analisar as forças externas que participam do processo de inovação em APS na UBS do município, encontrou-se um relevante quantitativo de codificações desta tipificação, tendo sido analisadas 73 referências em 40 fontes, nas entrevistas realizadas. Esta representação pode ser observada na Figura 22.

Figura 22 – Categorização forças externas

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
Estratégia de Saúde da Família	41	44	21/6/2015 22:10	ICRBR	6/7/2015 21:03	ICRBR
Forças externas	40	73	22/6/2015 11:23	ICRBR	6/7/2015 21:03	ICRBR
Forças internas	38	66	22/6/2015 11:23	ICRBR	6/7/2015 20:55	ICRBR
Inovação de Processo	42	68	21/6/2015 22:04	ICRBR	6/7/2015 21:01	ICRBR
Inovação de Produto	56	116	21/6/2015 22:02	ICRBR	6/7/2015 21:03	ICRBR
Inovações de Marketing	7	7	21/6/2015 22:07	ICRBR	5/7/2015 9:49	ICRBR
Inovações Organizacionais	49	71	21/6/2015 22:05	ICRBR	6/7/2015 21:03	ICRBR

Referência 1 - 9,67% Cobertura

A unidade solicita à SMS e esta manda quando pode para a UBS. Se existe projetos para esta unidade, os equipamentos vêm de acordo com as verbas disponíveis da SMS. A enfermeira assumiu a farmácia na unidade e fez um a capacitação promovida pela SMS, depois dessa capacitação, então, vieram os exames rápidos de HIV/Aids.

Referência 2 - 13,19% Cobertura

Houve algumas melhorias no atendimento em função dos grupos de idosos, tabagismo, gestantes. Essa iniciativa partiu da equipe interna ao aderem aos projetos da SMS. Tem grupo de caminhada e grupo de hipertensos também promovido pela UBS. Falta espaço para realizar essas atividades. A unidade é do PROVAB. Sem recursos próprios a unidade não...

Fonte: NVivo (2015).

Estão incluídos nessa análise de Forças Externas, encontradas nas citações, os programas e projetos do Governo Federal, através do MS, os quais destinam verbas de apoio de acordo com as diretrizes e metas estabelecidas no planejamento da APS no âmbito nacional. Os projetos ou programas são lançados através do MS para todo o país e os municípios participantes aderem ou não. O município de Pelotas, por meio da Gestão Plena, aderiu ao programa Mais Médicos do Brasil e PROVAB. A gestão central da SMS consegue, por esses e outros programas, maior aporte de recursos financeiros que são aplicados em APS.

É uma forma de captar os recursos e usá-los na área de abrangência do Sistema de Saúde Municipal.

Aborda-se, nessa seção, como a influência das forças externas, elencadas nesse estudo: as políticas públicas em saúde, usuários, UBS e CMS refletem, na visão dos entrevistados, aquilo que diz respeito aos processos realizados para inovar em APS. Ressalta-se a intermediação e a administração da SMS como gerenciadora da maioria dos insumos destinados para as UBS, como equipamentos, medicamentos, materiais, contratações de profissionais, reformas estruturais e construções de unidades novas, entre outras atividades. Esses relatos ficam expostos nas verbalizações dos indivíduos participantes da pesquisa. Os discursos 6, 15 e 48, a seguir, extraídos das entrevistas, demonstram a importância da SMS na implementação de processos de inovação nas UBS.

[...] A mudança na gestão vem da organização da equipe de trabalho, com a SMS tudo começa por aí. [...] Houve uma substancial melhoria da equipe de trabalho, ampliando o atendimento aos pacientes. O educador físico está atuando e formando grupos de trabalho com a comunidade [...] (Entrevista 06, *NVivo*, 2015).

[...] Vieram as ACS e a médica cubana. Aconteceu assim, a SMS ofereceu a ESF para o posto e nós aceitamos, e vieram equipamentos, pessoal e material, tudo que nós pedíamos e não recebíamos [...] Acho que tem verba específica para isto. Tem um monte de equipamentos para vir, novos, esperando a reforma acabar [...] (Entrevista 15, *NVivo*, 2015).

[...] Para recebermos alguma melhoria aqui na UBS, primeiro temos que solicitar à SMS. Se nós implementamos algum programa, daí vem reformas, novos equipamentos e até pessoal, que pedimos há muito tempo. Tudo começa de novo aqui na UBS através da identificação do que é necessário com as reuniões de equipe, e depois, do contato com a SMS para conseguir o necessário através do SIS, ofício, reuniões. Não conseguimos fazer muita coisa sozinhos [...] (Entrevista 48, *NVivo*, 2015).

As citações 6, 15 e 48 revelam a articulação realizada pela SMS através da adesão aos programas do MS, com os quais consegue viabilizar melhorias junto às UBS, por receber os recursos que propiciam a realização de reformas, de construções, de contratarem profissionais para as unidades que aceitaram participar destes, como é o caso da ESF. Dessa forma, ao inscrever-se nos programas do MS, recebe recursos e tem condições de formar os subsídios necessários para impulsionar, organizar e disponibilizar várias dimensões da inovação por meio das Forças Externas. Isto é, a gestão central da SMS é identificada pelos profissionais da UBS, em determinadas citações, como originária das inovações em diferentes dimensões. No entanto, sabe-se que a SMS atua como a articuladora destes recursos provenientes da União e do Estado, além de distribuir e aplicar o percentual mínimo de 15% de verbas municipais na saúde, mas quem realmente implementa as mudanças necessárias na

UBS é a equipe local, através das reuniões e das adequações necessárias internamente para atuarem nesses programas, como é o caso da ESF.

Como ações responsáveis por grandes transformações na APS destacam-se: o Mais Médicos, PROVAB e ESF, tendo este último maior representatividade no contexto geral de desenvolvimento e evolução do sistema de saúde em APS no município. O PROVAB permitiu contratar e valorizar profissionais para compor as equipes de trabalho na APS, e o Mais Médicos possibilitou que médicos de outros países viessem ampliar e qualificar a assistência prestada, com investimentos em infraestrutura e capacitação dos profissionais.

Identificou-se que os entrevistados percebem a importância destes investimentos, que alteram e qualificam suas unidades de trabalho, tanto em estrutura física e recursos humanos, quanto nas formas de prestar atendimento ao usuário; ou seja, nas mudanças geradas no âmbito interno das UBS, em seus processos e rotinas organizacionais para comportar e ajustar tais inovações introduzidas na UBS. As entrevistas 17, 24, 36 e 45 ilustram estas percepções.

[...] Fizemos as mudanças de gestão em conjunto e ouvimos a nossa comunidade. Um exemplo é o agendamento prioritário para as gestantes e crianças, que nem sempre eram priorizados e agora com a vinda da médica cubana, avisamos a comunidade que tínhamos mais um profissional e que poderíamos reorganizar a agenda e pudemos agendar por meses [...] (Entrevista 17, *Nivo*, 2015).

[...] Participam da Rede Cegonha e Mãe Pelotense. O posto teve várias inovações pois se formou 4 equipes de ESF. [...] Veio médicos do Mais Médicos, 01 enfermeira e 3 ACS. A equipe pediu junto a SMS, reivindicou mais gente e foi finalmente atendida, mas quem define mesmo é a SMS [...] (Entrevista 24, *NVivo*, 2015).

[...] Vieram médicos do Mais médicos e PROVAB. A SMS já sabia da necessidade para a unidade de contratar pessoal, pois a UBS informa seus problemas e dificuldades mensalmente [...] (Entrevista 36, *NVivo*, 2015).

[...] Médico cubano, enfermagem do PROVAB. E o processo foi o seguinte, a comunidade nos pressionava por mais atendimento, nós pedíamos à SMS e juntamos forças, a comunidade e a equipe pressionaram a SMS para a vinda de mais uma equipe de ESF, pois as pessoas estavam sem assistência na comunidade [...] (Entrevista 45, *NVivo*, 2015).

Nota-se, nesses relatos, a percepção da UBS enxergando a SMS com o papel de gestão central ao reestruturar o conjunto de profissionais disponibilizados para a APS, mesmo estando associados às estratégias nacionais de reorganização da APS (por exemplo, o Mais Médicos, PROVAB, ESF) e as estaduais (Rede Cegonha) e municipais (Mãe Pelotense). Esta complementaridade entre as ações, quando bem implementada, impulsiona as inovações necessárias em diversas dimensões, como aquisição de equipamentos, melhorias em infraestrutura e capacitação das equipes de trabalho.

Observa-se, ao revisar os relatos das entrevistas, as dificuldades expostas pelos indivíduos, os quais lidam com as inovações trazidas por estas Forças Externas introduzidas nas rotinas diárias de prestação de serviço. Existe, portanto, a necessidade de adaptação dos profissionais – principalmente os estrangeiros, pela diferença de linguagem, de cultura, etc... Sem falar nas alterações decorrentes, como as mudanças na forma de oferecer a agenda de consultas e exames, as rotinas internas que são adaptadas, a marcação de exames, as alterações na distribuição de medicamentos, entre outras que podem ser elencadas no dia a dia das UBS. Estas são algumas das reestruturações resultantes da influência das ações e decisões da gestão central da SMS. Contudo, nem sempre tais mudanças acompanham a realidade das unidades, demandando períodos diferentes de ajustamento em cada local, em determinada realidade. Citam-se os relatos 2, 4, F e 22 para exemplificar como estes obstáculos são expostos nas verbalizações dos entrevistados.

[...] Foi a SMS que verificou a necessidade de implantar aqui a ESF. Bem importante para a comunidade, mas não vieram ainda os ACS, eles estão sendo contratados através de concurso e leva um tempo [...] (Entrevista 2, *Nivo*, 2015).

[...] No posto falta muita coisa, como a pia de lavagem de mãos, os recursos humanos só vêm por substituição, quando alguém sai. Recebemos equipamentos novos só para o dentista. [...] Para o resto, nada recebemos. Somos UBS Tradicional [...] Entrevista 4, *NVivo*, 2015).

[...] A nossa maior dificuldade é ter um orçamento público garantido para poder comprar, fazer a licitação. Isto geralmente demora muito e acaba atrasando todo o resto. [...] Fatores que favorecem a inovação em medicamentos é ter recursos financeiros para comprar toda a lista do REMUNI [...] (Entrevista F, *NVivo*, 2015).

[...] Existe uma Lei Federal que vincula que 15% do arrecadado do município tem que ser investido em saúde, e essa lei não é cumprida [...] (Entrevista 22, *NVivo*, 2015).

O relato das entrevistas 2, 4, F, 22 demonstram que, embora haja a destinação de programas para estas unidades e verbas para serem investidas, existem muitos entraves para propiciar à UBS trabalhar corretamente como é o caso do tempo necessário para montar uma equipe de ESF com todos os profissionais na equipe (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e ACS). Um exemplo que ocorre é o Médico ser contratado para atuar na equipe de ESF, mas os ACS ainda não, em função do concurso, ou vice-versa. Aquisição de medicamentos através de processo licitatório (em média 45 dias), entre outros entraves do Sistema Público.

Os responsáveis/gestores reconhecem os problemas oriundos da morosidade do Setor Público e dos trâmites legais que precisam ser respeitados. Apesar de não elencarem soluções em curto prazo. Dentre os relatos, observa-se a presença de reclamações relacionadas a



questões estruturais, como falta de pia para lavagem e higienização de mãos; mudanças na aplicação das verbas municipais e a demora na contratação dos profissionais.

Mesmo com estas barreiras identifica-se, nas verbalizações dos entrevistados, a relevância das parcerias com as Forças Externas, como o vínculo de algumas UBS com as Universidades e Organizações Não Governamentais (ONG). Nesse sentido, a reforma e a ampliação da UBS Bom Jesus, da qual a ONG TELLUS participou e financiou a reforma, com contrapartida municipal. Tais inovações que contemplaram a reforma, os protocolos de atendimento, de treinamento e as discussões com a equipe de trabalho da UBS, além da participação efetiva da comunidade, servem hoje de referência e meta para as outras unidades do município.

Ressalta-se a participação das Universidades UFPEL e UCPEL, relatos 22, 25, 39 e 46, nos quais os entrevistados discorrem sobre a disponibilização de estagiários e professores para atender a comunidade; as reformas estruturais financiadas pelas Universidades, assim como equipamentos; o acesso à capacitação facilitada aos funcionários, além do contato mais próximo à academia, um dos pilares da inovação. Identificaram também, como relevantes, as fontes de informação, ensino e pesquisa promovidas, além da troca de experiências de sucesso compartilhadas.

[...] As mudanças ocorrem da UFPEL para o posto, não têm envolvimento com a SMS. A equipe faz as mudanças no posto e a SMS não interfere no atendimento da unidade. A única participação da SMS é o trabalho da vigilância em saúde e vistoria da caixa d'água [...] (Entrevista 22, *NVivo*, 2015).

[...] Nossa unidade é mantida por dois lados, pela UCPEL que envia medicamentos e materiais e recursos humanos para a unidade, e pela SMS que também envia, bem menos, mas participa com alguns medicamentos e materiais médico/cirúrgicos (Entrevista 25, *NVivo*, 2015).

[...] As reformas ocorrem na unidade todas através da UCPEL e trabalhamos em parceria com a SMS. Com a chegada das equipes de ESF. Tivemos que organizar muito o trabalho da unidade, tanto em distribuição de salas, horários, agendamentos, tudo teve que ser novamente pensado. [...] Os móveis e grande parte da medicação e material vem da UCPEL [...] (Entrevista 39, *NVivo*, 2015).

[...] Os médicos são da UCPEL que aceitaram assumir a UBS, e nossos pedidos de materiais, medicamentos e exames, fizemos para a UCPEL e recebemos também alguma coisa da SMS, mas pouco, mais é medicamentos. Nossos exames são facilitados, pois realizamos no hospital HUSFP, através do seu laboratório e também internamos no HUSFP, normalmente [...] (Entrevista 46, *NVivo*, 2015).

Os relatos 22, 25, 39 e 46, demonstram que as UBS ligadas às Universidades têm maior facilidade de obter melhorias em vários aspectos, propiciando um ambiente favorável à inovação. A participação das Universidades no desenvolvimento da APS do município torna-

se uma ferramenta importante para impulsionar as inovações, sendo uma parceria relevante para a SMS como propulsora de inovações de produto, processo, *marketing* e organizacional.

Identificou-se pouca participação do CMS nos relatos, pois os entrevistados não identificaram o conselho como elemento ligado à inovação, talvez pela atuação do CMS ser mais ativa junto à SMS na aprovação de projetos e verbas para a saúde e na fiscalização das ações planejadas, limitando em parte a sua atuação no cotidiano da APS com as denúncias de algum usuário sobre o atendimento recebido. O papel do CMS junto às UBS deveria ser constante e apoiador, identificando as dificuldades, incentivando os projetos, fiscalizando as ações e intermediando as necessidades da UBS com a SMS, para promover a qualidade assistencial para a população do município.

#### 4.2.1.6 Forças internas

Nessa seção aborda-se a influência das forças internas sobre os processos de inovação em APS no município, representadas através das entrevistas com os responsáveis/gestores da APS. Definiram-se, nesse estudo como forças internas as variáveis: gestão, funcionários, orientação em APS e inovações em produto, processo, *marketing* e organizacional, como forças endógenas que se articulam e se combinam de diferentes formas. Portanto, apresenta-se como estes indivíduos expõem a percepção construída correspondente às iniciativas da SMS, dos funcionários e dos CLS.

Foram codificadas 66 referências em 38 entrevistas realizadas, observando-se como as forças internas podem articular-se promovendo mudanças nos atendimentos, na organização e no planejamento realizado pelas equipes nas UBS. A gestão da SMS surge por meio de programas, aplicação de recursos e investimentos, além das articulações realizadas com os integrantes da equipe profissional: Enfermeiros, Médicos, entre outros. Também pontua a atuação do CLS e os reflexos causados pela participação e cobrança por parte dos usuários das localidades de abrangência de cada unidade sobre o atendimento prestado. As citações dos entrevistados estão representadas na Figura 23, através do *software NVivo 3.1*.

Figura 23 – Categorização forças internas

The screenshot shows the NVivo 3.1 interface with a table of internal forces. The table has columns for Name, Sources, References, Created on, Created by, Modified on, and Modified by. The 'Forças internas' row is selected, and its details are shown in the main text area.

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
Estratégia de Saúde da Família	41	44	21/6/2015 22:10	ICRBR	6/7/2015 21:03	ICRBR
Forças externas	40	73	22/6/2015 11:23	ICRBR	6/7/2015 21:03	ICRBR
Forças internas	38	66	22/6/2015 11:23	ICRBR	6/7/2015 20:55	ICRBR
Inovação de Processo	42	68	21/6/2015 22:04	ICRBR	6/7/2015 21:01	ICRBR
Inovação de Produto	56	116	21/6/2015 22:02	ICRBR	6/7/2015 21:03	ICRBR

Forças internas x

<InternasV01> - § 3 referências codificadas [42,93% Cobertura]

Referência 1 - 10,39% Cobertura

Veio enfermeira nova para a unidade, a UBS tem 2 consultórios. Não tem espaço disponível para mais gente. Para a vinda de recursos humanos para a unidade, foi através da iniciativa da SMS que organizou e enviou a enfermeira nova, pois a antiga enfermeira do posto não podia trabalhar 8h com a ESF. Foi uma readequação do serviço, remanejamento.

Referência 2 - 25,35% Cobertura

Em relação à gestão da UBS, as mudanças introduzidas se referem ao dia do pré natal que foi organizado, dia da puericultura. Criação de grupo dos idosos. Ela (enfermeira) organizou essas atividades que aconteciam de qualquer maneira. Qualquer um manda se não tem a enfermagem para coordenar. A equipe interna da unidade se organizou para fazer acontecer os grupos de trabalho. A enfermagem organiza o prontuário para liberar e então dispensar a

Fonte: NVivo (2015).

Cabe ressaltar que as codificações nas dimensões da inovação em produto, processo, *marketing* e organizacionais, incluídas como forças internas – conforme o referencial teórico desta pesquisa – foram analisadas individualmente, como critério metodológico de utilização do NVivo 3.1. Desse modo, ao analisá-las de maneira separada, compreende-se, de forma mais precisa e adequada, como cada tipo de inovação é percebido por todos os entrevistados da APS do município.

Identificou-se, nos relatos dos entrevistados, o papel importante da SMS para o fomento das inovações. A SMS impulsiona as inovações à medida que, ao administrar os recursos provenientes das três esferas governamentais (governo, estado e município), seja pela participação em programas e projetos ou por investimentos em APS, proporciona mudanças, inovações incorporadas às UBS em suas rotinas de trabalho. Citam-se como exemplos a adesão a programa governamental como a ESF e o desenvolvimento de *softwares* para integração de pedidos das unidades como o SIS. Destaca-se, nesse contexto, o Sistema de Gestão Plena, no qual a SMS centraliza a tomada de decisões sobre os investimentos e a operacionalidade da APS no município, sendo percebida como fonte de mudanças pelas equipes das UBS. Os relatos 5, 11 e 42, exemplificam a atuação e evidenciam como a SMS é percebida pelos entrevistados.

[...] A SMS fornece o treinamento para a equipe. Os equipamentos necessários são pedidos através do SIS à SMS que envia quando tem os equipamentos, se não tem, ficamos aguardando a vinda de recursos para a SMS. O pedido sempre é feito pela unidade após as reuniões de equipe, onde são vistas as necessidades tanto em relação a recursos humanos, quanto a equipamentos, daí fazemos o registro no SIS e também mandamos um ofício para a SMS, para a Superintendência de Ações em Saúde pedindo pessoal e equipamentos de trabalho [...] (Entrevista 5, *NVivo*, 2015).

[...] Mas eles viram que o muro iria cair, quando fizeram a visita de supervisão, e arrumaram. Partiu da SMS esse conserto para a UBS. Veio uma médica para a UBS, para o turno da tarde, mas foi a SMS que mandou para compor a equipe de ESF do posto [...] A equipe pede materiais, equipamentos no sistema da SMS, no SIS, mas quem organiza é a UBS é a enfermagem do jeito que entende melhor. [...] Nós entendemos que a enfermagem deve assumir a organização do posto e pedir o que acha necessário junto a SMS. Tudo demora muito aqui, pois as vezes não tem verba nenhuma para a SMS atender a demanda da APS [...] (Entrevista 11, *NVivo*, 2015).

[...] Expor os projetos e ouvir a nossa visão da prática. Acho que na nossa unidade existe mais mudança por pressão da SMS, do que nossa. Nossa unidade atua no modelo Tradicional [...] (Entrevista 42, *NVivo*, 2015).

Ao analisarmos as entrevistas, observa-se a presença central da SMS nas forças internas que possibilitam realizar inovação nas UBS. Além da responsabilidade como membro do poder público local, a SMS agrega a intermediação entre o Governo Federal e o Estadual. No processo relativo às questões centrais de gestão, necessita abranger tanto questões estruturais como reformas e novas construções, além de gerenciar medicamentos e contratar profissionais. Considera-se, portanto, que a representação da SMS para os entrevistados mostra-se de forma múltipla, justamente por desenvolver diferentes tarefas e interferir diretamente na realidade das UBS que estão ligadas ao Sistema Público de Saúde Municipal.

Mostra-se também integrante das forças internas a atuação dos CLS, nas comunidades em que atuam, pois nem todas possuem CLS. Os entrevistados destacaram a influência da entidade como agente de transformação, com papel importante na realização de mudanças dentro das UBS. Os integrantes do CLS mobilizam a comunidade para reivindicar avanços para as UBS, pressionando a SMS para resolver os problemas de forma mais ágil, de acordo com as necessidades dos usuários e condições da equipe de saúde. As entrevistas selecionadas 8, 16 e 32 possuem citações a respeito dos CLS na visão dos entrevistados, os quais são responsáveis por classificar a influência deste órgão nos processos de inovação das Unidades.

[...] Por termos o CLS atuante, a assembleia é quem define os movimentos de acordo com o planejamento da unidade. [...] O CLS é muito atuante e ajuda a organizar o ritmo de trabalho e até financia reformas na unidade. Quando o CLS não tem recursos para bancar reformas e melhorias, ele vai até a SMS junto com a comunidade, lotam um ônibus, e falam com a secretária para olhar pela UBS e resolver as situações de forma rápida. É um aliado e tanto para essa comunidade carente que precisa de ajuda de todas as formas [...] (Entrevista 8, *NVivo*, 2015).

[...] O CLS vai e faz pressão na SMS para que envie equipamentos ao posto quando nós não conseguimos. [...] A equipe em reunião debate os assuntos, discute e dali sai as decisões que serão tomadas na UBS, todas as mudanças são conversadas. A equipe organizou e fez o cronograma para que tenha médico e enfermeiro todos os dias na UBS e que possam fazer as visitas domiciliares [...] (Entrevista 16, *NVivo*, 2015).

[...] Queremos ser reconhecidos pelo nosso trabalho e por isso temos o respeito, o reconhecimento e a ajuda tanto da comunidade como do CLS. [...] Aqui todos se ajudam e discutem os casos difíceis, damos suporte um aos outros, somos equipe literalmente, eu trabalho aqui há mais de 20 anos. O posto é da comunidade e não nosso [...] (Entrevista 32, *NVivo*, 2015).

No primeiro relato, na entrevista 8, percebe-se que as decisões do CLS são levadas em consideração nas atividades da UBS, deixando que a participação popular interfira na estrutura de atendimento local. Esta característica também abrange as outras citações 16 e 32, demonstrando que o CLS, de fato, funciona, transmitindo desejos, reclamações, sugestões e necessidades dos usuários tanto para a unidade que presta o atendimento, quanto para a gestão central da SMS, exigindo os direitos, solicitando melhorias e fiscalizando a realização. Na entrevista 42, destaca-se a fala de uma ação realizada pelo CLS na qual a entidade reuniu diversas pessoas para ir até a SMS para conversar pessoalmente com a SMS na busca de melhorias em alguns serviços da UBS.

[...] Na nossa unidade o CLS é muito atuante e pede a SMS reformas, pessoal, tudo. Chegam ao ponto de lotar um ônibus e irem a uma reunião com a gestão central [...] Todos conhecem a UBS da Santa Silvana pela pressão que faz na SMS [...] Aqui as grandes mudanças ocorrem por parte do CLS e da população com a equipe da UBS [...] (Entrevista 42, *NVivo*, 2015).

O trabalho do CLS nessa UBS, entrevista 42, é visto como importante e a forma como realiza as cobranças à SMS chega a fazer com que o entrevistado cite-o em reconhecimento para outras Unidades, pela atuação do CLS, ou seja, o expõe como modelo. Dessa forma, age como contato direto com a SMS e os cidadãos, para decidirem sobre as formas da prestação do serviço de saúde. Esta parceria positiva pode refletir-se em melhorias, como na satisfação dos usuários que se sentem valorizados, ouvidos, respeitados. Dessa forma o CLS pode contribuir para a continuidade de tratamentos, de melhoria nos relacionamentos entre usuário e comunidade em geral e até alavancar avanços em índices de cobertura vacinal, pré-natal, participação em grupos, etc... Este componente, portanto, é uma ferramenta

importante para criar um ambiente favorável à inovação em diferentes áreas, de acordo com os recursos e programas disponíveis. Observa-se também a participação dos integrantes das equipes das UBS na elaboração de novos processos ou melhorias no serviço prestado. Estes funcionários representam, para os entrevistados, pessoas capazes de mobilizar ideias, outros profissionais, organizar processos e fluxos de trabalho.

O resultado dessas interações é capaz de impulsionar as inovações, nas dimensões produto, processo, *marketing* ou organizacional. Nas entrevistas 17, 24 e 25, nota-se o reconhecimento das mudanças promovidas por profissionais da ESF e outros funcionários das unidades.

[...] O posto foi todo reformado, tudo novo, unidade nova, e estas mudanças foram pedidas pela equipe da UBS à SMS e com a vinda da ESF, tudo melhorou. [...] A chefe da UBS tem um relacionamento muito bom e estreito com a SMS e isso facilitam sermos atendidos. [...] Para o dentista ninguém solicitou, mais veio tudo novo para a unidade. Os móveis a equipe pediu para a SMS e ela enviou [...] (Entrevista 17, *NVivo*, 2015).

[...] A equipe decide as mudanças internas que precisam ser feitas na UBS, se ouve todos, Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Nutricionista e os demais, e tomamos as condutas nas diferentes situações [...] (Entrevista 24, *NVivo*, 2015).

[...] Normalmente quem faz a mudança é o Enfermeiro ou que leva adiante o que pedimos. Temos periodicamente reunião de equipe e planejamento das atividades. A coordenação da ESF vinha nas reuniões e isto é muito bom pois podemos saber o que está ocorrendo na SMS e ao mesmo tempo eles sabem o que acontece por aqui [...] (Entrevista 25, *NVivo*, 2015).

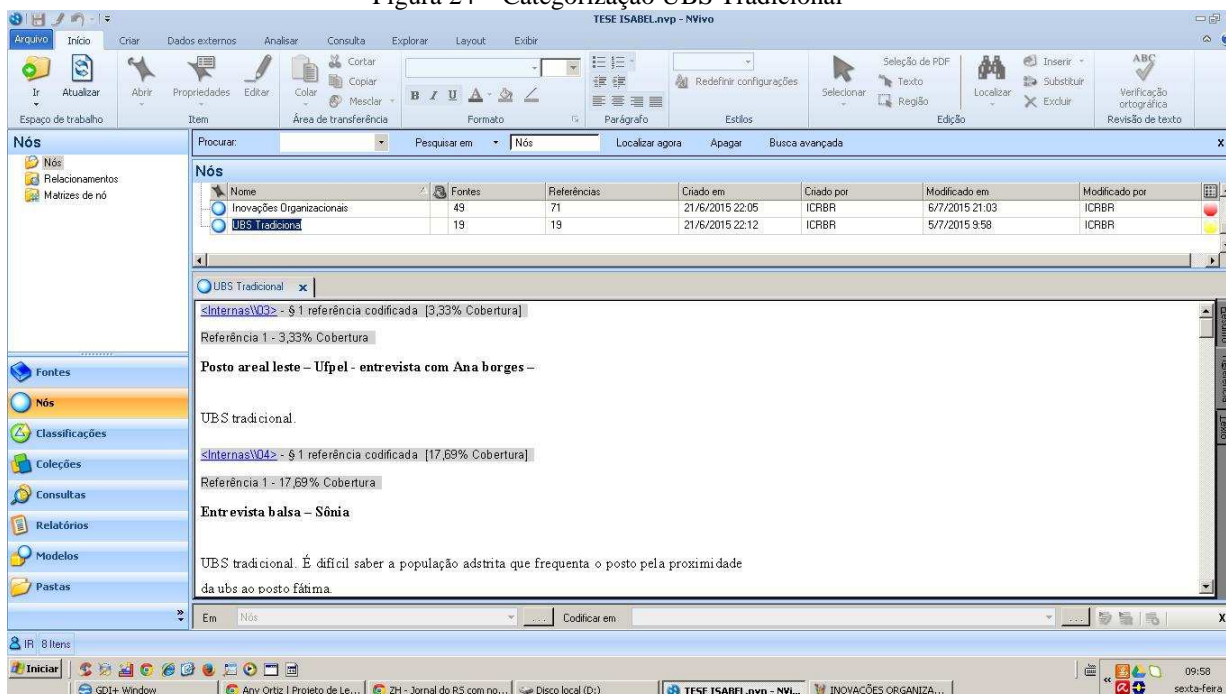
Esses relatos identificam como a ESF, mesmo não sendo classificada como uma força interna, acaba repercutindo nas alterações/ações realizadas internamente na UBS. Essa troca constante e a total fluidez entre a classificação proposta por Sundbo e Gallouj (1998), corrobora com o modelo dos autores de forças internas e forças externas, que interagem e se combinam de diferentes formas para o processo inovativo.

Observou-se que os métodos e requisitos estabelecidos pelos programas do MS, como o Mais Médicos, PROVAB, ESF, entre outros, possibilitam novas experiências às instituições e seus integrantes são considerados como forças internas, seja de forma direta ou indireta. Através das percepções dos entrevistados, evidencia-se que a união dessas forças converge para a execução de estratégias que levam às inovações de diferentes formas, impulsionando-as para que possam ser realizadas nas UBS.

#### 4.2.1.7 UBS Tradicional

O objetivo de especificar uma codificação para a análise das entrevistas, elencando-a como UBS Tradicional – ainda sem a aplicação do modelo de ESF – é demarcar como acontece o processo de inovação nessas unidades, sem as equipes e investimentos realizados pelo programa ESF, para que se possa traçar um paralelo. Foram selecionadas 19 referências em 19 entrevistas, número correspondente à quantidade de UBS atuando no modelo Tradicional no município. A figura 24 demonstra como foi realizado o processo de codificação no *NVivo* 3.1.

Figura 24 – Categorização UBS Tradicional



Fonte: NVivo (2015).

Percebe-se, através das verbalizações codificadas 7, 12, 14 e 22 que os indivíduos reconhecem as dificuldades enfrentadas pelas unidades Tradicionais e destacam a demora no atendimento das demandas e necessidades da UBS pela SMS, enfatizando a pouca realização de reformas, a precarização da unidade, o pequeno número de equipes de profissionais, normalmente insuficientes para a área de abrangência, entre outros problemas apontados.

Para a maioria dos entrevistados, a falta de vínculo com a ESF resulta na precariedade estrutural e organizacional da UBS, pois reconhecem trazer a adesão aos programas e projetos do Governo Federal inúmeros benefícios a todos, para a UBS que recebe

aporte de investimentos; para a SMS que consegue expandir a atuação em APS e para a comunidade que tem maior cobertura assistencial.

[...] Os recursos humanos que vieram para o posto foram a enfermagem da tarde para repor a enfermeira que saiu, as reformas só acontecem de vez em quando, não tem recursos municipais para investimentos no momento, estamos aguardando, temos muitas demandas que estão na fila para serem atendidas tanto em termos estruturais, quanto de recursos humanos, entre outras precariedades do sistema que convivemos diariamente [...] (Entrevista 07, *NVivo*, 2015).

[...] Não teve nada novo em recursos humanos, falta lugar (consultórios) para os Médicos atenderem, não tem ESF aqui. Falta sala para os médicos. Tem 2 salas e 3 Médicos para atenderem no mesmo turno. Um tinha que sair do consultório para o outro entrar. [...] A Enfermeira vai fazer os pré-cancer, pois não tem mais Médico Ginecologista [...] (Entrevista 12, *NVivo*, 2015).

[...] A comunidade fez muitas reformas aqui na UBS, reformou a sala da pediatria e a sala da farmácia. A comunidade faz todas as reformas aqui na UBS. A SMS manda alguns equipamentos, poltronas, ventiladores, quando nós solicitamos, mas demora bastante, pois não tem verba para atender todas as nossas necessidades, tem muita unidade que precisa de reformas, de gente para trabalhar. [...] Ainda bem que temos a comunidade que nos ajuda [...] (Entrevista 14, *NVivo*, 2015).

[...] As mudanças ocorrem da Universidade para o posto, não tem envolvimento com a SMS. A equipe faz as mudanças no posto a SMS não interfere no atendimento da unidade. A única participação da SMS é o trabalho da vigilância em saúde e vistoria da caixa d'água [...] (Entrevista 22, *NVivo*, 2015).

Os relatos 7, 12, 14 e 22, destacam, ao mesmo tempo, as dificuldades enfrentadas por algumas UBS Tradicionais em conseguirem reformas, recursos humanos e outras demandas necessárias para prestar uma assistência adequada e de qualidade à população. Ressalta-se o fato da dificuldade vivenciada no dia a dia da unidade, onde a carência de estrutura física para o exercício profissional faz com que os profissionais aguardem a sua vez para atender, o que, provavelmente, diminui o número de pessoas atendidas e aumenta o tempo de espera.

Essa situação não é única e contribui para fazer a observação da relevância da ESF para a APS do município e de outros programas que possam trazer algum investimento à unidade. Como as UBS Tradicionais dependem apenas dos recursos oriundos da gestão plena, provenientes das três esferas governamentais, os investimentos acabam ficando restritos aos orçamentos públicos correspondentes. No entanto, na ESF, há maior disponibilidade de verbas para investimento, sendo estas destinadas, exclusivamente, para as unidades que possuem a estrutura e as equipes exigidas pelo programa, que leva em conta o número de habitantes e a vulnerabilidade social da comunidade adscrita. Entretanto, nem sempre o investimento em ESF acaba resultando na transformação imediata da realidade de uma UBS Tradicional, pois evidenciou-se nas entrevistas que a inserção de equipe de ESF nem sempre é precedida de reformas ou ampliação e adaptação à equipe da unidade Tradicional, resultando,



consequentemente, nos mesmos espaços disponíveis para um número maior de profissionais atuarem.

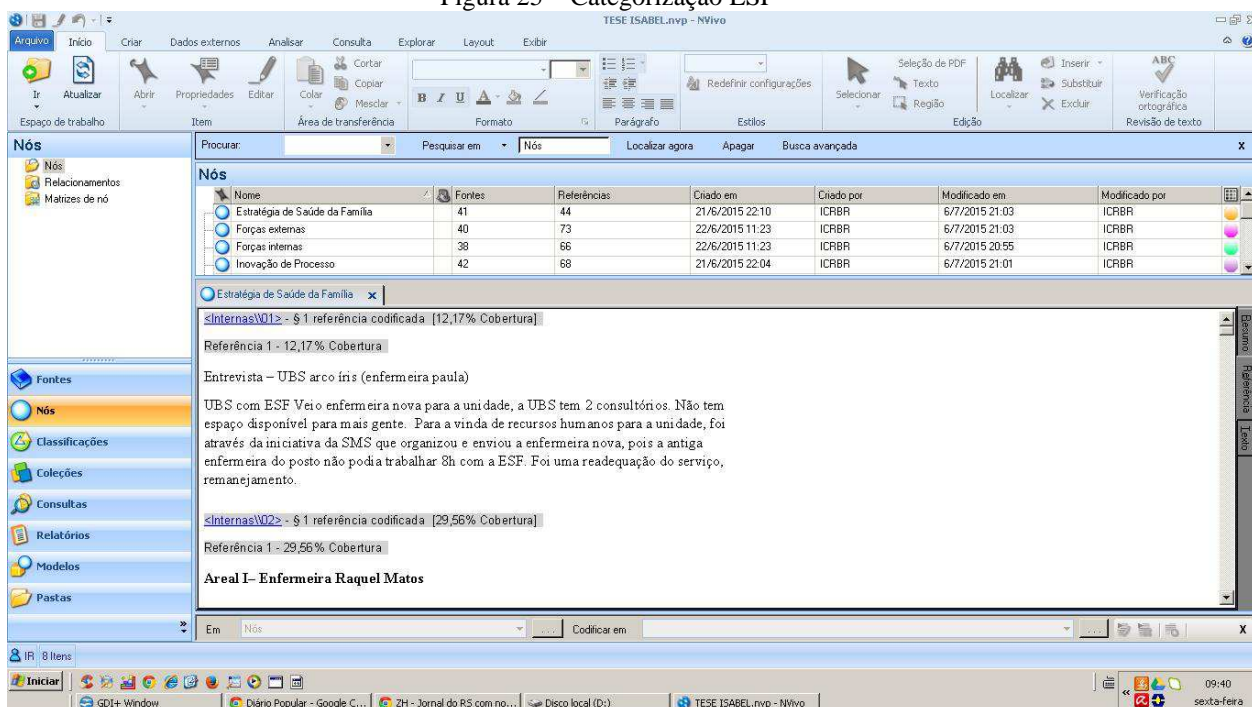
Os relatos também demonstram que as unidades com a participação da comunidade local conseguem resolver mais facilmente suas demandas, como é demonstrado no relato 14, onde a comunidade fez as reformas na UBS e participa ativamente, intervindo junto à UBS para a solução das próprias necessidades. Também se destacam as UBS que estão ligadas às Universidades locais, sendo uma parceria que oferece toda a infraestrutura necessária para a prestação de serviço, ou seja, a Universidade mantém a estrutura física (prédio), os recursos humanos para a assistência, a maioria dos medicamentos e materiais utilizados, além de dar suporte aos exames e internações necessárias. A SMS também participa, mas a sua atuação majoritariamente se refere à coordenação e regulação do serviço.

Destaca-se, nessa avaliação das UBS Tradicionais, que as equipes de trabalho, quando conseguem conversar, planejar as atividades, ter alguma formalização de pedidos, de trabalho e/ou de ações, introduzem inovações na unidade independentes do modelo de atenção. Não é só a ESF que traz consigo algo novo; pois são as pessoas que fazem as mudanças, mas elas precisam de uma organização interna, de metas a cumprir, de alguma observância. Constatou-se, nas UBS ligadas às Universidades, que essa organização existia, através das reuniões de equipe, do planejamento das atividades, e estas unidades tiveram o maior número de inovações quando comparadas com as demais UBS Tradicionais. Esse dado demonstra que a organização interna, o trabalho de equipe e as ações coordenadas estão positivamente associadas a mudanças e inovações em todas as dimensões tratadas nesse estudo.

#### 4.2.1.8 Estratégia de Saúde da Família

A ESF é um programa do MS lançado a nível nacional, que pretende expandir e reorganizar a assistência na APS. Em Pelotas, 31 UBS trabalham no modelo de ESF e contam com investimentos do programa, como a ampliação de profissionais para a prestação de serviço. A codificação das entrevistas em que os entrevistados citam a ESF, busca perceber como os indivíduos reconhecem a aplicação do programa nas rotinas diárias da UBS, nos atendimentos, entre outras características do funcionamento do serviço. Essa visão dos responsáveis/gestores serve como subsídio para interpretar como este programa participa e influencia a representação da inovação em APS do município. A figura 25 mostra o resultado obtido no software *NVivo* 3.1, o qual apresentou 44 relatos em 41 entrevistas.

Figura 25 – Categorização ESF



Fonte: NVivo (2015).

Ao buscar a reorganização da APS no país, de acordo com os pressupostos de universalidade, integralidade e equidade, preconizados pelo SUS, a ESF estabelece diversos critérios de expansão, qualificação e consolidação do programa. Estes podem ser identificados como a utilização de equipes multiprofissionais, indo além das barreiras estruturais das UBS e atuando diretamente com as famílias de abrangência, por meio do trabalho dos ACS.

Para operacionalizar a ESF são necessários investimentos. Com a disponibilidade de recursos é possível comprar mais equipamentos ou medicamentos (inovação de produto), qualificar métodos e práticas de trabalho (inovação de processo); reorganizar os sistemas de atendimento (inovação organizacionais) e até mesmo, criar ferramentas de divulgação e comunicação (inovação de *marketing*). Todas essas inovações, sejam elas melhorias realizadas e/ou novas para o sistema de saúde, são desencadeadas pelos requisitos a serem cumpridos pelas UBS ao implantarem a ESF, os quais, conseqüentemente, possibilitam a realização de inovações nas dimensões analisadas.

Nas verbalizações destacadas na codificação da ESF, as inovações de *marketing* não obtiveram referência, sinalizando a falta de desenvolvimento de ações nessa área. Em contrapartida, as dimensões produto, processo e organizacional puderam ser identificadas, as quais foram associadas à estruturação da ESF na Unidade. Nos relatos, destacam-se as

Inovações de Produto – citadas nas entrevistas 1, 8 e 20 - relacionadas à implantação da ESF nas UBS.

[...] Veio a enfermeira nova para a unidade, a UBS tem 2 consultórios. Não tem espaço disponível para mais gente. [...] Para a vinda de recursos humanos para a unidade, foi através da iniciativa da SMS que organizou e enviou a enfermeira nova, pois a antiga enfermeira do posto não podia trabalhar 8h corridas na ESF [...] (Entrevista 01, *NVivo*, 2015).

[...] Com ESF, houve inovação em estrutura com a troca de telhas e colocação de pára raio e ampliação de 2 salas. [...] A UBS fez o pedido junto a SMS e esta procedeu a obra necessária para comportar 2 equipes de ESF. [...] Depois vieram os médicos, enfermeiras e ACS, também mandaram equipamentos para a unidade, isso foi muito bem recebido pela UBS que precisava muito do olhar da SMS [...] (Entrevista 08, *NVivo*, 2015).

[...] Com a ESF veio mais um médico e os ACS. A SMS enviou a ESF para a unidade, nós já tínhamos pedido, há muito tempo, até que chegou a nossa vez de ser atendido e trabalhar com a ESF [...] (Entrevista 20, *NVivo*, 2015).

Pode-se observar que a implantação da ESF acaba por incentivar as inovações de produto ao enviar os recursos necessários para reformas das UBS, compra de equipamentos e/ou contratação de profissionais. Estas inovações de produto acabam gerando demandas para a reorganização do trabalho, para a adequação de processos internos da unidade, contribuindo para a inovação de processo.

No relato 18 e 25, seguem as citações que exemplificam esta observação, realizada através da visão dos entrevistados, que identificam como primeiro passo para a alteração de procedimentos internos na rotina de trabalho, a aquisição de produtos, equipamentos ou o oferecimento de medicamentos e exames.

[...] A pintura da UBS, quem apoiou e quem influenciou a mudança foi a equipe que bancou e fez a pintura do posto. A equipe tem reunião e planejamento de atividades semanais. Quando veio a ESF para a comunidade e mudou muito o trabalho da equipe interna, fazendo com que mudássemos os processos de trabalho, aumentando o número de atendimentos, organizando a utilização de salas, equipamentos, horários e etc.... [...] (Entrevista 18, *NVivo*, 2015).

[...] Na nossa UBS adotamos a gestão participativa e todas as mudanças são realizadas com reuniões, planejamento e condutas já aceitas e respeitadas no meio acadêmico [...] Nossa unidade é mantida por dois lados, pela UCPEl que envia medicamentos e materiais e RH para a unidade e pela SMS que também envia, bem menos, mas participa com alguns medicamentos e materiais médico cirúrgicos por termos a ESF [...] (Entrevista 25, *NVivo*, 2015).

Estas referências mostram as alterações nos processos internos das UBS, após a implantação da ESF. Ao perceber as alterações nas dimensões elencadas, produto, processo e organizacional, nota-se que na visão dos profissionais, as transformações realizadas são

resultantes dos materiais e investimentos provenientes da ESF. Consoante a isso, esta reorganização assistencial demandada com a ESF, gera novas formas de arranjos internos das UBS, nas suas práticas de trabalho, resultando em inovações organizacionais. As entrevistas 39 e 40 exemplificam como as inovações organizacionais são influenciadas pela implantação da ESF.

[...] Com a chegada das equipes de ESF. [...] Tivemos que organizar muito o trabalho da unidade, [...] tanto em distribuição de salas, horários, [...] agendamentos, tudo teve que ser novamente pensado e reorganizado, para que se cumprisse com o planejamento estabelecido com as equipes de ESF. [...] (Entrevista 39, *NVivo*, 2015).

[...] Nós planejamos as atividades e temos reunião de equipe. As decisões da unidade são normalmente tomadas em conjunto, a não ser algo emergencial, que precisa de uma decisão rápida. Mas depois conversamos e podemos organizar melhor os nossos horários, discutimos as ações junto à comunidade, traçamos metas de assistência e principalmente, conversamos muito, para poder organizar nosso fluxo interno de trabalho. Tudo isso aconteceu depois da implantação da ESF aqui na UBS, antes até conversávamos, mas era pontual e não havia formalização de atividades e metas a cumprir [...] (Entrevista 40, *NVivo*, 2015)

Portanto, de acordo com os relatos, a ESF consegue impulsionar as inovações em todas as dimensões, nas perspectivas analisadas, pois, na maioria das UBS, o programa do Governo Federal, através dos investimentos públicos, pode iniciar o processo e influenciar as perspectivas analisadas (estrutura, recursos humanos, equipamentos, medicamentos, materiais, exames, gestão e atendimento ao usuário).

Identificou-se, no discurso dos entrevistados, diversas ações que precisam ser cumpridas com a implantação da ESF. Nesse sentido, existe uma pressão por parte da SMS para que melhorias sejam identificadas com este trabalho, até mesmo para garantir o alcance das metas (epidemiológicas, de abrangência, financeiras), que garantam a continuidade de repasses financeiros do Governo Federal. Os relatos A e C demonstram que a cobrança por resultados das UBS concentra-se na SMS, através da supervisão realizada tanto na APS quanto na ESF, mesmo que as execuções das atividades dependam, em parte, do poder público municipal.

[...] A mudança principal em APS deu-se a partir da ESF [...] buscando com que o maior número de cidadãos Pelotenses pudesse ter nessa estratégia melhorias nos atendimentos e aumento da cobertura assistencial. Com a busca por atendimento nessa comunidade onde ele vive com as necessidades de promoção da saúde e de prevenção aos agravos em saúde, atendidas [...] Existe a supervisão a todos os programas implementados, e esse trabalho garante que o que foi estabelecido como meta, possa ser trabalhada junto as UBS (Entrevista A, *NVivo*, 2015).

Este impacto na implementação da ESF no município, de forma a melhorar o atendimento do setor, é reconhecido pela SMS. Na entrevista C, com a gestão central da APS,

destaca-se a fala que mostra a percepção de uma das responsáveis pelo Sistema Municipal de Saúde.

[...] É um momento de transição para ESF e tem muitas coisas a fazer, tudo muito rápido, muitas coisas envolvem muitas pessoas e não temos o nível da antecipação. Não tínhamos o modelo de saúde da prevenção, nós tínhamos o modelo de tratar a doença. A lógica mudou com a ESF. Vamos evoluir e chegar nas pessoas e treinar cada classe específica, Enfermeiro, Recepcionista, ACS. Com a vinda dos Mais Médicos vinculados a ESF. Tem muita coisa a fazer. Seleção dos ACS está saindo agora [...] Chegou Médicos e não podem trabalhar fora da ESF, temos que organizar as equipes rapidamente, isso demanda muito trabalho em diferentes níveis da SMS. Tem que ter toda a equipe pronta. A capacitação envolve a licitação, planejamento, experiências que deu certo... Tudo é licitado por ser órgão público. É diferente do privado que é direto e mais rápido. É necessária uma visão do todo para definir as frentes que precisão ser realizadas. [...] Temos que cumprir as metas e melhorar os indicadores de saúde, se não, a cobrança vem [...] (Entrevista C, *NVivo*, 2015).

A reorganização da APS através da ampliação da ESF no município fica evidente com este relato ligado à gestão central, no qual foi externalizada a ampliação dos serviços para o maior número de Pelotenses, aumentando a abrangência da APS, o que converge com a própria definição do programa pelo MS. Outra característica evidenciada, é que com a ESF também é necessária uma organização interna da administração municipal, para agilizar as contratações necessárias e montar as equipes. Isto demanda administração, planejamento, ações coordenadas, que deverão estar de acordo com o Plano Municipal de Saúde e Plano Diretor do Município.

Dessa forma, as contratações têm de ser ágeis e a estrutura competente, para enfrentar às exigências do programa e da aplicação de recursos públicos. Paralelamente, os objetivos e metas exigidos pelo MS levam a uma mudança de conduta, de atitudes e de formas de conceber todo o Serviço Público de Saúde para alcançar os indicadores pré-estabelecidos. O foco recai sobre o planejamento, em como realizar os procedimentos, em quais estruturas são necessárias ou de como garantir a realização de toda a lógica assistencial preconizada com a ESF até nas áreas mais distantes do município.

Identifica-se, portanto, que a ESF atua como impulsionador das inovações em APS no Sistema Municipal de Saúde de Pelotas. Na percepção dos entrevistados, o programa possibilita a qualificação dos serviços de maneira global, permitindo dar o primeiro passo para melhorias que são requeridas em diferentes níveis de gestão e de trabalho e que demandam a continuidade de adequações para manter/prestar/qualificar este serviço. Destaca-se, no relato 15, a dificuldade de uma UBS em ter a equipe de ESF completa para atuar junto à comunidade.

[...] A proposta da ESF veio da SMS e motivou a equipe, pois começaram as reformas que haviam sido solicitadas há anos. O único problema, é que precisamos de toda a equipe para poder atuar plenamente, eles (Enfermeira e ACS) devem estar chegando aos próximos dias, pois só temos o Médico por enquanto [...] (Entrevista 15, *NVivo*, 2015).

Portanto, para as mudanças e as melhorias introduzidas com a ESF serem efetivamente realizadas, é necessário haver, nas UBS, estrutura física adequada, salas de atendimento e reunião, equipes completas para o trabalho (Médico, Enfermeira, Técnico de Enfermagem ou Auxiliar e ACS) e planejamento das atividades. Isto nem sempre depende apenas dos investimentos do programa e sim, de ações da gestão central da SMS.

Efetivar a expansão da ESF no município precisa vencer diversas etapas, para que os reflexos possam ser observados pela população e pela gestão central e refletir-se nos indicadores epidemiológicos do município. As entrevistas evidenciam que a APS com a ESF perpassa a atuação restrita à UBS e passa a ser realizada nas áreas mais carentes, nas áreas mais vulneráveis, seja pela distância ou pela condição econômica. Exatamente onde mais se precisa de atenção de todas as formas.

De modo geral, os programas implantados são ferramentas eficientes e eficazes que auxiliam plenamente a gestão em saúde dos municípios, pois conseguem ampliar e qualificar a abrangência de pessoas atendidas na APS, permitindo que as inovações em serviços de saúde aconteçam de forma organizada, com planejamento e formalização, requalificando os serviços prestados nas UBS. Ou seja, esta padronização e inserção de mecanismos regulatórios de atuação com a ESF e com os programas já implantados pela SMS, são protagonistas da maioria das inovações elencadas nas 62 entrevistas analisadas.

#### 4.2.1.9 Representação do processo de inovação em serviço na APS de Pelotas

A representação do processo de inovação em serviço na APS de Pelotas considerou a análise das 62 entrevistas com os responsáveis/gestores/coordenadores da APS do município e do Presidente do CMS. A estratificação deu-se através do *software NVivo 3.1*, através da codificação e categorização, seguidas da análise de *cluster*, onde se verificou que existem duas percepções do processo de inovação que precisam ser consideradas e congregadas.

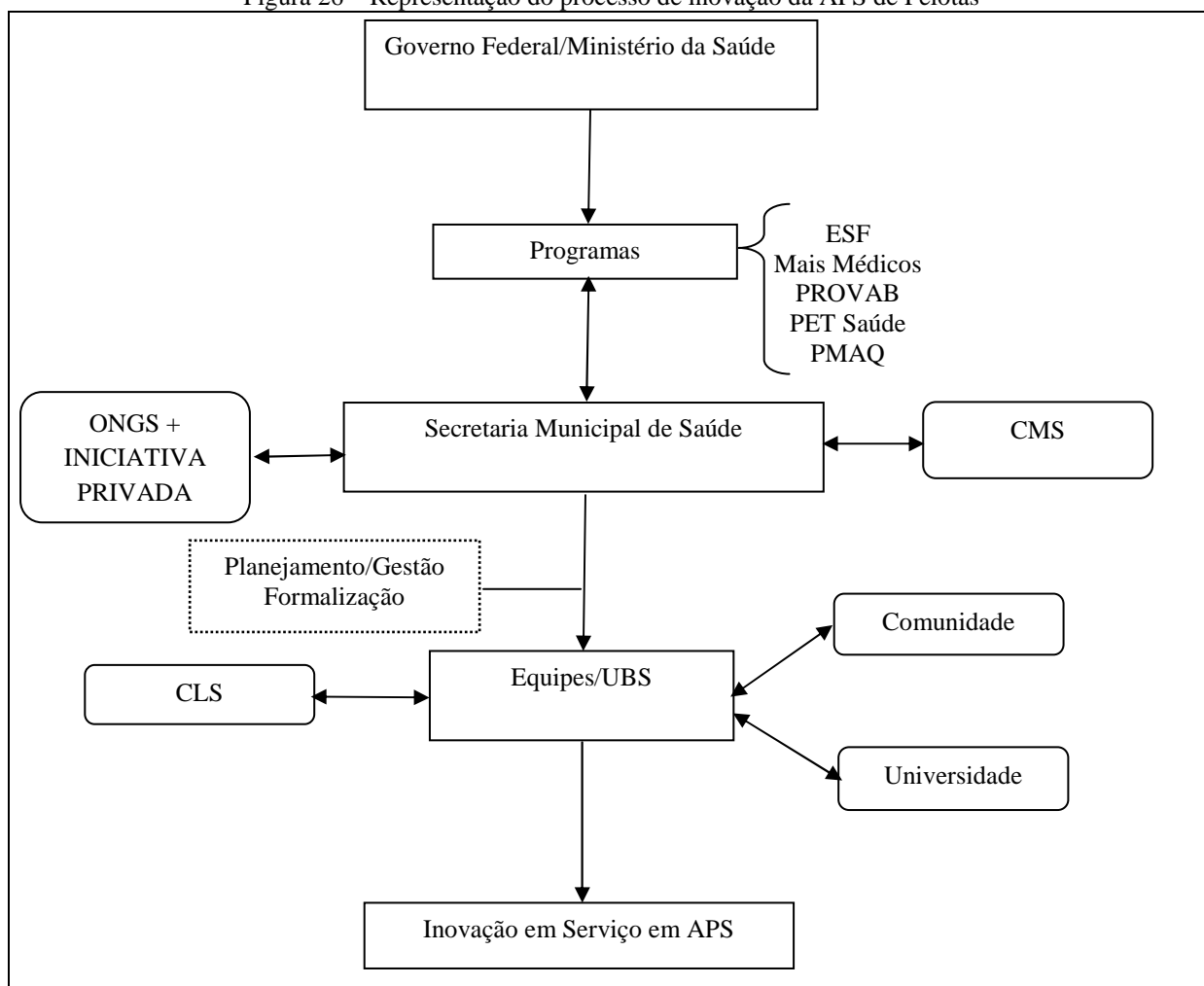
A primeira refere-se à identificação, por parte da gestão central da SMS dos impulsionadores do processo inovativo, sendo identificadas as políticas públicas que permitem o aporte de recursos financeiros, sendo este o segundo item identificado como impulsionador da inovação, seguido dos recursos financeiros municipais, treinamento e ter um

canal de comunicação eficaz entre a gestão central e as UBS. Nessa percepção, o ato de inovar é alavancado pelo Governo através das políticas públicas com programas e projetos lançados a nível nacional, gerenciadas pela SMS que distribui os recursos (pessoal, equipamentos, medicamentos e materiais, reformas e/ou construções de unidades) entre as UBS do município.

A segunda percepção é identificada pelos responsáveis/gestores das UBS e atribui diretamente à SMS a responsabilidade de promover a inovação em APS. Esta visão compartilhada pelas UBS Tradicionais está atrelada ao entendimento, por parte das unidades, de as inovações partirem da gestão central e serem efetivadas na prestação de serviço, sendo realizadas de forma verticalizada. No entanto, nas UBS que trabalhavam com ESF essa percepção, eram precedidas do planejamento e do trabalho em equipe; além da formalização realizada na unidade, na busca constante pelo estreitamento de laços e trabalho continuado com treinamento e capacitação realizados junto à SMS. Salienta-se que, nas seis UBS ligadas às Universidades locais, o principal impulsionador de inovações em serviço foi o trabalho de equipe, o planejamento e o apoio da Universidade, seguida da SMS.

Com base nos 62 relatos e após a análise de *Cluster*, foi possível identificar que os seguintes termos foram citados: SMS: 236 vezes; programas do Governo: 172 vezes; UBS: 133 vezes; gestão: 106 vezes; Mais Médicos: 104 vezes; Governo: 68 vezes; PROVAB: 67 vezes; comunidade: 58 vezes; planejamento: 48 vezes; Pet Saúde: 22 vezes, PMAQ: 12 vezes. Estão relacionados ao Governo Federal: a ESF (categoria de análise), os programas do Governo, Mais Médicos, PROVAB, Pet Saúde e PMAQ. Sintetiza-se, na Figura 26, a representação do processo de inovação em APS do município de Pelotas.

Figura 26 – Representação do processo de inovação da APS de Pelotas



Fonte: elaboração própria (2015).

#### 4.3 ANÁLISES DO ESTUDO

A análise do estudo buscou associar os resultados das análises quantitativas e qualitativas da Tese. Identificou-se com o estudo do Sistema Público de Saúde Municipal que este não opera com uma rede integrada e sim, como um sistema de saúde hierarquizado e fragmentado; materializando-se por meio da desarticulação entre os níveis do sistema (primário, secundário e terciário) e os recursos dos distintos pontos de atenção à saúde. Assim, as relações entre a APS os CAPS, o PSM, o PA, os Hospitais, os Prestadores de Exames Complementares, a Marcação de Consultas Especializadas, a Regulação de Leitões, entre outros, não satisfazem as necessidades da atenção básica.

As relações estabelecidas com esses sistemas de apoio foram pontuadas como importantes para os entrevistados na análise quantitativa e, todos expuseram que encontram dificuldades vivenciadas no trabalho para a efetivação desse suporte. Nos casos de internação



de um paciente, por exemplo, os respondentes referiram no discurso, como um processo habitual referenciar os usuários da UBS ao PSM para aguardar um leito. Essa situação evidencia a desarticulação do sistema de saúde em relação à estrutura de apoio disponível, a Central de Regulação de Leitos, para suprir a rede de referência e contrarreferência do sistema. Da mesma forma, a dificuldade expressa em relação ao tempo de espera para a realização de exames de maior complexidade e/ou para garantir a consulta com Médico Especialista e obter o retorno das informações após a realização dos procedimentos.

Existe no município uma iniciativa da SMS para o estreitamento de laços com as UBS e melhoria entre as relações de coordenação e supervisão do trabalho, que expressa o interesse em aproximar a realidade vivenciada nas UBS e a gestão central, iniciada em 2013 com a criação do cargo de Gerentes Distritais. Contudo, evidenciaram-se nos relatos, problemas relativos ao papel desempenhado pelos gerentes, com diferenças de percepção entre eles e os responsáveis/gestores da UBS, quanto à função que o gerente deveria exercer.

Algumas equipes entendiam a função do Gerente Distrital como um mediador das demandas da unidade e não o percebiam como alguém que pudesse ajudar na gestão interna, fiscalizar e/ou colaborar com questões organizacionais da UBS. Nesse contexto, a comunicação e a responsabilização ficaram comprometidas, pois nem o responsável/gestor assumia plenamente a responsabilidade pelas ações, pois havia o gerente para isso, tampouco o gerente conseguia assumir plenamente a função pelo pouco tempo que dispunha para gerenciar, pois normalmente assumia seis unidades. Por outro lado, nem a supervisão da APS e da ESF assumia para si as questões organizacionais, detendo-se mais na parte assistencial de cada modelo, ou seja, o trabalho da gestão organizacional da UBS está, por vezes, sem gerenciamento. Assim, cabia ao gerente, além de fazer o elo entre a UBS e a SMS, o seu trabalho também deveria cumprir a função de supervisão das atividades.

Nesse sentido, devido a esses erros estratégicos e a não existência de papéis claramente definidos e de supervisão do trabalho, permitindo os problemas tomarem vultos maiores que a comunicação no sistema fica dificultada e há o favorecimento para a geração de conflitos de todas as ordens. Logo, a gestão, a comunicação e a supervisão dependem da definição clara de responsabilidades, da capacidade técnica, da disponibilidade de tempo e do compromisso de todos os atores envolvidos em cada nível hierárquico. Quando esta interação não é organizada ou quando ocorrem distorções e mal-entendidos ao se difundir a comunicação, pode haver problemas de governabilidade e prejuízos para o desenvolvimento das ações em saúde.

Os Sistemas fragmentados de atenção vêm da concepção de uma estrutura hierárquica, fortemente hegemônicos, que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RASs, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

Essa visão exposta por Mendes (2011) está em consonância com o evidenciado no estudo, onde os melhores resultados em inovações nas dimensões estudadas e a orientação em APS estavam ligados às unidades que trabalhavam com a ESF com responsabilização sobre a população adscrita, planejamento e formalização das atividades. Alguns serviços da APS eram campo de estágio para o ensino de graduação de diversificados cursos da área da saúde. Essa constatação remete à importância do estreitamento de laços com as Universidades (um dos pilares da inovação) e o estabelecimento de vínculos com o ensino.

Segundo Brasil (2011), ideologicamente a ESF está em conformidade com os princípios básicos do SUS desde a sua implantação: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Assim, o sistema de saúde se estrutura a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha baseada nos princípios: integralidade e hierarquização, equipe multiprofissional, territorialização e cadastramento de clientela. Entretanto, a integralidade ainda não assumiu a esperada relevância estratégica na organização e no desenvolvimento das ações de saúde. Alcançar a integralidade em saúde na APS de Pelotas requer ações planejadas com esta finalidade, tanto no âmbito da UBS e seu vínculo com a comunidade, quanto na referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde.

O Sistema de Gestão Plena hoje praticada pela SMS de Pelotas centraliza a tomada de decisões sobre os investimentos e a operacionalidade da APS no município e, dessa forma, a gestão assume a função interina de articular os investimentos, gerir os recursos e participar de projetos, ações e programas lançados a nível nacional. Segundo os relatos dos gestores da SMS, uma das formas mais rápidas e eficazes de captar recursos e de fomentar mudanças e gerar inovações no município é a adesão aos programas e projetos lançados pelo Governo Federal através do MS. Isso porque através dos recursos financeiros advindos desses programas, com destaque para as ofertas de investimentos na APS, que concretizaram-se a ampliação do número de UBS e as reformas das existentes, a expansão do número de equipes

de ESF e a presença dos profissionais da saúde nos locais mais necessitados do município. Também salientam a importância das parcerias com ONGS e OSCIP, entre outras.

O efeito da política de saúde no desempenho do sistema de saúde e na assistência da população é resultante de um sinergismo entre os determinantes vinculados à própria política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas e processos) e ao estado de saúde das populações assistidas. Este último, por sua vez, tem forte dependência da posição social, de processos sociais e de iniquidades, que modulam as possibilidades e expectativas de vida de indivíduos e populações (SHAW, 2003; STAFFORD, 2003; VIACAVA, 2004; VICTORA, 2004).

Ressalta-se, nessa Tese, que as equipes de trabalho de cada UBS fazem a diferença para a geração da inovação em serviço. Essa sinergia no laboro foi claramente identificada nas unidades que trabalhavam com a ESF; o modelo de atenção foi determinante para a ocorrência da maioria das dimensões da inovação de produto, processo, *marketing* e organizacional. No geral, grande parte das inovações estava relacionada com as perspectivas: atendimento ao usuário, recursos humanos e gestão. Esses dados confirmaram-se tanto nas análises quantitativas, quanto nas qualitativas do estudo.

Nas unidades que trabalhavam com ESF havia formalidades inerentes ao próprio modelo, como reuniões periódicas de trabalho, com discussão e planejamento das ações futuras e relatos de casos clínicos e gerenciais avaliados pela equipe multidisciplinar. Dessa forma, a articulação do trabalho não se restringiu apenas à programação da assistência da UBS, e, também se destinava à solução das dificuldades na gestão, aos processos internos de trabalho, à forma organizacional instituída e a relação da unidade com a gestão central. Tal forma de compromisso compartilhado por todos favoreceu a integração entre as pessoas, levou a soluções mais rápidas e, principalmente, resultou em maior responsabilização da equipe pelos resultados da UBS junto à comunidade adscrita (resultados *PCATool*). Assim, novas formas de inovar foram incorporadas e soluções mais ágeis buscadas para dar conta de suprir as necessidades da unidade. Evidenciou-se o distanciamento dessa realidade de engajamento da UBS com ESF para a UBS Tradicional.

Na UBS Tradicional houve menos inovações, as equipes eram desarticuladas, não realizavam o planejamento das atividades e a formalização das ações organizacionais eram quase inexistentes. Muitas unidades trabalhavam com duas equipes (manhã e tarde), sem entrosamento, sem planos, ou ações coordenadas em conjunto. Algumas unidades não sabiam quantos profissionais e quais funcionários trabalhavam no turno inverso ao seu. Da mesma forma, havia formas diferentes de trabalho entre as equipes, como: no agendamento de consultas (filas com grande antecedência ao horário de abertura da UBS; agendamento por

telefone; agendamento somente após triagem); na retirada de medicamentos de uso contínuo (algumas UBS exigiam a consulta prévia do usuário; outras apenas olhavam o prontuário e liberavam a medicação; existindo as que entregavam o medicamento por conhecer o usuário); na triagem e acolhimento (todos os usuários são acolhidos e triados; apenas com a insistência do usuário; só agendavam após a triagem); como se fossem duas unidades completamente diferentes atuando no mesmo espaço físico.

A justificativa para a falta de entrosamento (conhecimento do que se passa na UBS) eram os horários diferentes dos profissionais que não permitiam se encontrarem em função de outras atividades desempenhadas em locais diferentes. Cabe salientar poderem, os profissionais atuantes na unidade Tradicional trabalhar 20h semanais, enquanto na ESF, a carga horária é de 40h, com exceção do Médico que pode ter menor carga horária. Três UBS Tradicionais trabalhavam com ACS e sete unidades pertenciam às Universidades locais, três da UFPEL e quatro da UCPEL, tendo, nessas unidades, melhores resultados em inovações, impulsionadas, em maioria, pelas equipes de trabalho e pelas Universidades às quais estavam ligadas.

Da mesma forma, todas as UBS da Zona Rural tiveram inovações no período analisado e percebeu-se nos relatos, maior engajamento da comunidade com a UBS. Em algumas unidades da Zona Rural, a comunidade fazia parte das reuniões de equipe, promovia as reformas necessárias e, quando necessário, reivindicavam na SMS as mudanças e melhorias para o seu atendimento Médico. Essa postura diferenciada da comunidade rural com a unidade pode estar associada à grande distância de outro centro de atendimento Médico e também, por nove das doze UBS trabalharem com ESF e sete terem CLS, o que favorece o vínculo.

O papel desempenhado na gestão das unidades se torna cada vez mais importante. Nesse sentido, Campos (1997) enfatiza que ser necessário um tipo de gerência nas unidades que não faça o profissional desinteressar-se pelo ato cuidador. Um profissional de saúde que trabalhe de forma automática tende a não se interessar pela promoção da saúde e a qualidade do atendimento tende a cair. Nesse sentido, Campos (1997, p. 236) afirma:

[...] pessoas obrigadas a realizar um trabalho mecânico e que somente será cumprido à custa ou de vigilância controladora ou de estímulos econômicos no estilo pagamento por produtividade. Nunca se garantirá atenção de qualidade exclusivamente a partir destes instrumentos de gestão [...].

A questão da autonomia dos trabalhadores de saúde é necessária, já que lidar com a saúde das pessoas é lidar com algo inesperado. O trabalhador necessita de criatividade e um

alto grau de autonomia para improvisar, ter iniciativa e poder exercer um trabalho eficaz dentro deste ambiente de decisões complexas, onde se realiza um trabalho com características singulares que se expressa na produção de subjetividades (SANTOS, 2002).

A dissociação entre o engajamento e a responsabilização com os resultados de saúde da população entre os modelos de atenção, também foi identificada na avaliação do *PCATOOL*, que mede o quanto a unidade está apta a prestar um atendimento de qualidade à população. Nessa avaliação, dos oito escores que compõem o escore geral (Orientação em APS), sete ficaram abaixo de 6,6 resultando, conseqüentemente, na avaliação de serviço “não Orientado em APS” para a média das UBS Tradicionais. Mesmo assim, das 19 UBS Tradicionais, oito (42%) atingiram o escore de serviço “Orientado em APS”. Nas UBS com ESF o escore médio foi 7,51 (com Orientação em APS), identificando-se, no entanto, que três (10%) UBS estavam abaixo do escore 6,6. Ainda na avaliação do *PCATOOL* constatou-se grande diferença entre os modelos de atenção em relação ao escore que avaliou a orientação comunitária. No município, 20 UBS que trabalhavam com a ESF alcançaram o escore 6,6 ou mais nesse atributo, contrastando com o resultado de apenas uma do modelo Tradicional. Ressalta-se que deve-se enfatizar o resultado baixo do escore para a maioria dos serviços de saúde. Evidenciou-se que as 12 UBS do modelo Tradicional não sabiam ao certo a população adscrita (número de habitantes da área) e nesta situação, estimou-se o número considerando o total de prontuários família da unidade multiplicado por três (número médio de pessoas por residência).

Nesse estudo, também se explicita uma crítica ao *PCATOOL* sobre o item de avaliação acesso, pois não faz parte da legislação brasileira (Políticas Públicas em Saúde) a obrigatoriedade do Médico, Enfermeiro ou alguém da UBS estar disponível à noite, aos finais de semana, presencialmente ou de consultoria por telefone para prestar auxílio ou encaminhamento às demandas dos usuários. Consoante a isso, como o instrumento de pesquisa foi validado pelo MS, se aplicou na íntegra a versão profissional, o que influenciou o baixo escore nesse item. Outro fator influenciador do baixo escore no item acesso está associado a maioria das agendas das unidades Tradicionais serem fechadas (por agendamento com data e hora marcadas), o que impede o acesso rápido à consulta médica.

Evidencia-se, igualmente, nesse estudo, um dos papéis importantes nesse contexto assistencial ser desempenhado pelo governo: 1- o governo enquanto mercado potencial e gerador de requisitos para as soluções inovadoras desenvolvidas pelas empresas; 2 - o governo enquanto gerador de novas condições de mercado a partir do estabelecimento de novos requisitos e parâmetros para as soluções inovadoras adquiridas das empresas

desenvolvedoras; 3 - o governo enquanto financiador de serviços em saúde pública (MOREIRA E VARGAS, 2009). Em Pelotas, o Governo Federal através do MS influencia o contexto assistencial a medida em que os programas/projetos disponibilizados têm a adesão da SMS e conseqüentemente, das unidades de prestação de serviço de saúde.

Para Mccrudden (2004), o Estado deixa de cumprir somente a função reguladora e passa a desempenhar funções de consumidor, assumindo, na maioria das economias, o papel de maior comprador individual de bens e serviços. As decisões de compra do Estado impactam, portanto, não apenas nos produtos e serviços adquiridos, mas também em seus fornecedores. As políticas de saúde, nesse contexto, são respostas sociais aos problemas de saúde e seus determinantes para a produção, atuam na distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde de indivíduos e populações (MCCRUIDEN, 2004).

As políticas públicas devem assegurar a capacidade de distribuir inovação nos mais amplos sistemas. Além disso, uma questão importante para fomentar a inovação, é garantir a interação flexível do sistema distribuído de produtores de conhecimento com o sistema público de Universidades e outras instituições científicas, para permitir divisões adequadas de trabalho e incentivos em P&D, uma questão importante para fomentar a inovação. As políticas públicas podem desempenhar importantes papéis como formadores de mercado e mediadores nos mercados emergentes de conhecimento (HAUKNES, 1998). Salienta-se não existir formalmente um setor na APS de Pelotas destinado à inovação ou P&D. Estas ações estão inseridas no planejamento geral das ações em saúde do município.

Entende-se como uma instância deliberativa para a discussão da saúde como um todo o CMS, por constituir uma arena democrática onde se processa o controle social, com representação dos usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços. No entanto, constatou-se que os entrevistados e o Presidente do CMS referiram como pouco importante a participação popular. Consoante a isso, expuseram ter pouco contato com o CMS, restringindo-se a poucas visitas do CMS à unidade, normalmente devido a denúncias de usuários sobre o atendimento recebido. O Presidente do CMS estava no cargo em substituição à presidente efetiva que estava afastada para qualificação, o que pode ter comprometido a avaliação.

Quanto aos CLS presentes em 16 UBS, dez estando ligados à ESF, observa-se ainda serem formas incipientes de controle social, tendo a participação restrita da comunidade e dos profissionais da UBS. Constatou-se existir ações articuladas entre os serviços de saúde e os usuários, para a compreensão dos profissionais e da comunidade da força do controle social na melhoria das condições de assistência e vida da comunidade. Essa articulação deveria ser

impulsionada também pelo CMS, o que não ocorre, dependendo em um primeiro momento, da sensibilização de todos quanto a sua importância, da capacitação dos conselheiros locais e dos profissionais de saúde para a relevância deste espaço na construção da cidadania.

De modo geral, 30% dos profissionais entrevistados relataram haver uma estrutura física inadequada na UBS para prestar o Serviço de Saúde, independentemente do modelo de atenção, refletindo a precariedade para a assistência à saúde. Algumas UBS referiram que, com a vinda da ESF faltaram salas para acomodar todos os profissionais, fazer reuniões, formar grupos de apoio etc... e que estavam aguardando reformas pela SMS. Observou-se que a (nova) proposta de reorganização da assistência à ESF, foi inserida em unidades concebidas no modelo antigo (velho). Em contrapartida, a maior parte das reformas estruturais e construções de unidades novas estavam ligadas às UBS com ESF ou que iriam migrar para o modelo.

Identificaram-se, nas unidades, independentes do modelo de atenção, um receio quanto à rotatividade dos profissionais de todas as áreas; principalmente em relação aos Médicos em função do tempo de vigência dos programas (Mais Médicos três anos e PROVAB um ano), realidade já observada. Os entrevistados expuseram que, quando o profissional está entrosado no trabalho e na equipe, respeitado na comunidade, com vínculos estabelecidos, acaba o contrato e precisam começar todo o processo de adaptação com outro profissional. No estudo também se constatou que 55% das equipes de trabalho estão fora do preconizado pelo MS quanto à relação equipe/população para prestar assistência à saúde, o que demonstra a precariedade do sistema em relação a manter e repor os profissionais com agilidade nas unidades.

Entende-se existir uma preocupação do Governo Federal em adequar o Sistema Público de Saúde no Brasil, no entanto, essa reorganização possui distorções na realização das práticas de saúde locais, vivenciadas na rotatividade dos profissionais, na falta de estrutura física adequada para a prestação do serviço de saúde, na descontinuidade de vínculo junto à população adscrita. Consequentemente, evidencia-se a necessidade de uma reorganização dirigida ao atendimento integral, equânime e resolutivo o mais próximo do cidadão.

## 5 CONCLUSÕES

Nas seções subsequentes são apresentados as conclusões do estudo de acordo com os objetivos propostos, as limitações e possibilidades de novas pesquisas.

### 5.1 EM RELAÇÃO AO OBJETIVO GERAL

O objetivo geral da Tese analisou a relação entre as forças internas e externas na inovação em serviços na APS do município de Pelotas. A opção metodológica teve um delineamento transversal qualificado através da estratificação das UBS segundo o modelo de atenção (ESF x Tradicionais) que combinou métodos exploratórios, quantitativos e qualitativos aplicados concomitantemente, visando obter o benefício da complementaridade. A relação entre as forças internas e externas na inovação em serviços baseou-se no projeto SI4S que reuniu onze grupos de pesquisa de 10 países. Os dados obtidos com esse projeto sustentaram a análise de Sundbo e Gallouj (1998) sob a coordenação do *Step Group* de Oslo, Noruega.

Identificou-se, nesse estudo, que as forças internas e externas se inter-relacionam a todo o momento e as diferentes combinações, em cada situação específica, podem determinar um padrão de inovação. Nesse sentido, a inovação em serviços pode, enfim, ser tomada como processo de decisão endógena das organizações que compõem o setor e que decorrem da própria natureza dos serviços (SUNDBO; GALLOUJ, 1998).

Com o estudo evidenciaram-se duas percepções do processo de inovação que precisam ser consideradas e congregadas. A primeira refere-se à identificação, por parte da gestão central da SMS dos impulsionadores do processo inovativo, sendo identificadas as políticas públicas verticais como preponderantes para alavancar o processo de inovação, pois permitem o aporte de recursos financeiros. Na sequência, estiveram identificados como impulsionadores da inovação, os treinamentos com a equipe de trabalho e ter um canal de comunicação eficaz entre a gestão central e as UBS. Neste percebimento, a inovação é alavancada pelo Governo Federal através das políticas públicas do MS (programas e projetos lançados a nível nacional), gerenciadas pela SMS que distribui os recursos (pessoal, equipamentos, medicamentos e materiais, reformas e/ou construções de unidades) entre as UBS do município.

A segunda percepção foi relatada pelos responsáveis/gestores das UBS e atribui diretamente à SMS a responsabilidade de impulsionar a inovação em APS, pois através da



SMS realizam-se as reformas/construções de unidades, novos profissionais são contratados para compor ou ampliar as equipes, equipamentos/medicamentos/materiais são disponibilizados. Não identificam o protagonismo do ente federativo como ator principal desse processo. Esta visão compartilhada pelas UBS Tradicionais está atrelada ao entendimento, que as inovações partem da gestão central e são efetivadas na prestação de serviço *in loco*, através da organização interna da UBS, com o vínculo com a comunidade e o apoio do controle social, sendo realizadas de forma verticalizada. Nas UBS que trabalhavam com a ESF essa percepção era precedida do planejamento e do trabalho em equipe, além da formalização das ações organizacionais realizada na unidade, na busca constante pelo estreitamento de laços entre os profissionais e o trabalho. Com treinamento e capacitação continuados, realizados internamente e, em grande maioria, por convocação pela SMS. No entanto, constatou-se pouca participação das equipes das UBS como geradora de processos inovadores e, as que o praticavam estavam, majoritariamente, ligadas à ESF.

Salienta-se que, nas sete UBS ligadas às Universidades locais, o principal impulsionador de inovações em serviço foi o trabalho de equipe, o planejamento e o apoio da Universidade, articulada às necessidades de formação. Assim, a contribuição deste objetivo foi identificar a importância das políticas públicas associadas à gestão municipal, pois é através da sintonia entre o Governo Federal e o Municipal, que novas formas de pensar e realizar APS emergem e desencadeiam inovações em todo o sistema de saúde.

## 5.2 EM RELAÇÃO AOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos da Tese estão ligados à caracterização da estrutura organizacional da APS, às inovações geradas/produzidas em produto, processo, *marketing* e organizacional, nas perspectivas analisadas: estrutura física, recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais, exames, gestão e atendimento ao usuário. Também à análise das relações estabelecidas para gerar inovação e a verificação do sistema institucionalizado ou adocrático para gerar inovação em APS, a verificação da associação entre as inovações e a orientação em APS e representação do processo de inovação da APS de Pelotas.

### 5.2.1 Caracterização da estrutura organizacional da APS de Pelotas/RS

A estrutura organizacional da APS de Pelotas em recursos humanos é composta pela Secretária da Saúde, Superintendente das Ações em Saúde, nove Gerentes Distritais e 50 responsáveis/gestores das UBS da APS do município e o Presidente do CMS. O município encontra-se no modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, atendendo a 22 municípios da região que compõem a 3ª CRS. Além disso, em algumas ações como, por exemplo, saúde do trabalhador, presta assistência, também, aos oito municípios da 7ª CRS, servindo como porta de entrada da saúde no Extremo Sul do Estado.

Quanto aos responsáveis/gestores das 50 UBS, de modo geral, 78% dos respondentes eram mulheres; para 64% dos respondentes, as idades variaram entre 30 a 50 anos. A maioria dos profissionais entrevistados, 56% tinham a graduação em enfermagem. Em relação à maior titulação, 78% possuíam especialização na área da saúde. Referente ao vínculo empregatício, 76% eram estatutários. As UBS localizavam-se em maioria na Zona Urbana, 76%. Em relação ao modelo de atenção 62% trabalhavam com ESF e 38% eram unidades Tradicionais.

Relativamente à propriedade, 44 UBS são da Prefeitura e têm administração direta de profissionais com vínculo empregatício junto à SMS. As sete unidades que pertencem às Universidades (três da UFPEL e quatro da UCPEL) mantêm atendimento exclusivo com o SUS e coordenação em parceria com a SMS. Quanto à estrutura física das unidades, identificou-se que 80% das UBS mediam até 150 m<sup>2</sup>. Ressalta-se que o tamanho das unidades está subdimensionado em relação as equipes de atendimento, tendo incorporado uma nova forma de trabalho, como a ESF, em cima de estruturas arcaicas, em grande maioria. Referente à área geográfica, 82% delas tinham área definida e 72% possuíam mapa da área geográfica.

Em relação ao número de habitantes, 54% atendiam até 6000 habitantes e apenas 10% prestavam assistência a 12000 habitantes ou mais. A vinculação com o ensino foi identificado em 56% das UBS que ofertavam campo de estágio e estudo. Observou-se também que 68% das unidades não tinham CLS.

Quanto à introdução de todas as dimensões de inovação no último ano, 24% das unidades tiveram inovações nas dimensões produto, processo, *marketing* e organizacional. Em relação à supervisão do local de trabalho, 82% das UBS tinham supervisão na unidade de trabalho. 62% das UBS realizavam o planejamento das suas atividades e 64% realizavam a formalização de suas atividades organizacionais. Em relação ao grau de satisfação da equipe com os serviços do sistema de saúde, identificou-se que 58% atribuíram nota seis ou mais para a relação com os demais serviços ligados à APS.

### 5.2.2 Inovações em serviço nas dimensões produto, processo, *marketing* e organizacional no contexto da APS

Identificaram-se as inovações nas dimensões: produto, processo, *marketing* e organizacional nas 50 UBS do município de Pelotas. Das unidades, 49 tiveram inovação de produto no período analisado, o que representa 98% das unidades. Dessas, 61% trabalhavam com ESF e 39% no modelo Tradicional. Dentre as perspectivas analisadas, destacaram-se as maiores prevalências de inovações ocorridas na ESF em relação ao modelo Tradicional; em gestão com 97% e atendimento ao usuário também com 97%; em recursos humanos com 84% e em medicamentos e materiais com 48%. Todas com significância estatística entre os modelos ( $p < 0,005$ ). Evidencia-se que a perspectiva que menos apresentou diferença estatística em inovação de produto foi a estrutura.

As inovações de processo ocorreram em 45 UBS, representando 90% das unidades, sendo 67% ligadas à ESF e 37% no modelo Tradicional. As perspectivas mais destacadas em ESF foram: gestão e atendimento ao usuário, ambas com 97%; recursos humanos com 87%; exames de apoio diagnóstico com 64%, todas com diferença estatística entre os modelos ( $p < 0,005$ ). A perspectiva que menos apresentou inovações nessa tipologia foi equipamentos, estando presente em 13% das UBS, todas ligadas à ESF.

As inovações de *marketing* ocorreram em 16 UBS, representando 32% das unidades. Destaca-se que 94% das ações em *marketing* estavam ligadas à ESF, com atividades desenvolvidas em atendimento ao usuário com 42%; exames de apoio diagnóstico com 35%; medicamentos e materiais com 26%, todas com diferença estatística entre os modelos ( $p < 0,005$ ). Evidencia-se que não ocorreram inovações de *marketing* nas seguintes perspectivas: estrutura, recursos humanos, equipamentos e gestão.

As inovações organizacionais ocorreram em 44 UBS, representando 88% das unidades, com predominância de 66% para as ligadas à ESF. Destacam-se as inovações ocorridas em atendimento ao usuário com 90%; gestão com 87%; recursos humanos com 81% e exames de apoio diagnóstico com 58%, todas as perspectivas citadas sendo ligadas ao modelo de ESF, com significância estatística entre os modelos ( $p < 0,005$ ).

Destaca-se que a maioria das inovações no período analisado ocorreu em unidades ligadas à ESF. Essa forma de reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, busca uma nova dinâmica de atuar, com definição clara de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Segundo o MS, as equipes de ESF podem resolver até 85% dos problemas de saúde da comunidade onde atua, prestando atendimento médico, prevenindo

doenças e evitando internações desnecessárias. Essas ações operacionalizadas em conjunto podem melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2011).

### **5.2.3 As relações entre as forças internas e externas e o sistema instituído para inovar em APS**

As relações entre as forças internas e externas expressas no estudo são complexas, multilaterais, interdependentes e hierarquizadas, pois dependem de um contexto Político e Econômico que pode viabilizar e favorecer a gestão da SMS na organização da Saúde Pública local e da APS.

A nível local a SMS atua como propulsora de inovações em todos os aspectos analisados no estudo, por demandar os recursos (pessoas, materiais e equipamentos, formas de organização e modelo de atenção) necessários para a sua atuação. Obviamente, cada UBS interage com a SMS e tem a autonomia de gestão em suas decisões e estratégias internas que permitam que tenham mais ou menos inovações no período de acordo com a forma organizacional instituída e as relações com outras instituições que mantenham contato.

Nessa avaliação verificou-se inter-relação e interdependência entre as partes, de acordo com as várias formas de combinações possíveis entre as variáveis estudadas. Um exemplo é a adesão da SMS ao Programa Mais Médicos, o que favoreceu à expansão da ESF, que por sua vez teve a aprovação do CMS e dos Usuários. Apenas essa medida ampliou o número de profissionais nas unidades, demandou novos arranjos internos de gestão e de trabalho para a UBS, além de promover inovações em todas as dimensões e perspectivas estudadas, como uma cascata de inovações em todos os níveis do sistema de saúde.

O estudo também avaliou as interações entre as unidades e os atores para promover a inovação, que podem ser classificadas em institucionalizadas ou adocráticas. Um sistema de inovação institucionalizado existe quando a coerência entre as ações praticadas e vivenciadas são repetidas inúmeras vezes, existindo somente um padrão considerado forte. Porém, se existem vários padrões em que não são previsíveis quais deles irão aparecer, em quais situações e se a coerência nesses padrões é fraca, ele é um sistema adocrático (SUNDBO; GALLOUJ, 1998a; SUNDBO; GALLOUJ, 1998b). Verificou-se que o sistema para gerar a inovação em APS do município de Pelotas é adocrático, pois não segue um único padrão para a sua ocorrência. A constatação foi amparada nas evidências empíricas que demonstraram haver diversas formas de fomento para gerar as inovações, que dependem do Governo, do

sistema de gestão instituído, das pessoas envolvidas, dos recursos disponibilizados e utilizados, influenciados em grande parte pelo modelo de atenção das UBS.

Os autores Sundbo e Gallouj (1998a, 1998b), salientam o caráter ocasional das relações estabelecidas nesses sistemas mediados pelo ambiente nos quais o serviço é prestado, que possuem um componente operacional predominante, em relação aos componentes estratégicos vigentes nas relações de cooperação observadas em sistemas manufatureiros. No entanto o caráter “adocrático” não permite descuidar da importância que as especificidades locais jogam no processo de inovação em serviços (VARGAS, 2006).

#### **5.2.4 As inovações em produto, processo, *marketing* e organizacional da APS e a orientação em APS**

Primeiramente, elencaram-se os resultados do estudo obtido ao avaliar a orientação em APS das 50 UBS segundo o modelo de atenção. Consideram-se orientados os resultados que tiveram o escore de 6,6, ou maior, como unidades de prestação de serviço de saúde, com possibilidade de ofertar qualidade assistencial aos seus usuários.

A autora Starfield (1992), afirma só haver APS de qualidade quando os seis princípios forem obedecidos e respeitados: 1 - o primeiro contato: é o acesso ao uso dos serviços; 2 - a longitudinalidade: é o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde; 3 - a integralidade: é o conjunto de serviços que atendam os problemas mais comuns da população adscrita; 4 - a coordenação: corresponde a capacidade de garantir a continuidade da atenção; 5 - a focalização na família: considera a família como sujeita da atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde; 6 - a orientação comunitária: consiste no reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto social, econômico e cultural.

observou-se, quanto ao modelo de atenção, que os escores das UBS que trabalham com ESF, no geral, apresentam melhores resultados que as unidades Tradicionais, com diferenças estatisticamente significativas em oito dos dez atributos avaliados. O escore acessibilidade, em relação ao modelo de atenção, teve uma pequena superioridade pró serviços com a ESF (4,09) em relação aos do modelo Tradicional (3,51), porém esta diferença não se mostrou significativa em termos estatísticos. Observa-se que este requisito avalia o grau de orientação das unidades quanto ao acesso ao serviço de saúde e evidencia a dificuldade do usuário em conseguir consulta e/ou dar continuidade a um tratamento já

iniciado. No entanto, tais valores foram influenciados por perguntas sobre atendimento da UBS aos finais de semana, quando não se pratica no Brasil em APS, na maioria das unidades.

O escore longitudinalidade, com valor médio de 6,48 no modelo Tradicional e de 7,80 na ESF ( $p = 0,000$ ), demonstra estarem as unidades ligadas à ESF mais aptas a atenção continuada. Este escore está positivamente associado ao objetivo do município de expandir o modelo de ESF, corroborando a proposta nacional de reorganização da APS no Brasil.

Observou-se no escore coordenação - integração dos cuidados, média 6,31 nas UBS que trabalham no modelo Tradicional, enquanto as unidades de ESF tiveram o escore de 7,28 ( $p = 0,019$ ). Esse resultado está de acordo com a proposta de reorganização da APS através da ESF. No entanto, o escore coordenação - sistemas de informação, teve média para estar orientado em APS em ambos os modelos de atenção, mas não foi significativo.

O escore integralidade - serviços disponíveis obteve média de 5,98 no modelo Tradicional e de 7,99 na ESF ( $p = 0,000$ ). Ele avalia o leque de serviços que existem e podem ser colocados à disposição do usuário. Contudo, também podem existir dificuldades na efetivação da ação, como demora em conseguir realizar exames e consultas com médicos especialistas, por exemplo.

O escore integralidade - serviços prestados no modelo Tradicional teve a média 6,33, enquanto as UBS com ESF tiveram a média de 8,43 ( $p = 0,000$ ). Conclui-se que as unidades da ESF estão mais orientadas e preparadas para atender a comunidade adscrita. Este escore demonstra a maior reorganização das unidades através da implantação da ESF.

O escore essencial é medido através da média dos escores anteriores e demonstram o grau de afiliação das UBS com os usuários que utilizam os seus serviços, ou seja, os atributos essenciais para a prestação do serviço de saúde. Ressalta-se que no modelo Tradicional as UBS não alcançaram o grau de orientação preconizado pelo *PCATool*, com média de 6,09. No entanto, as unidades que trabalhavam com ESF tiveram a média de 7,39 ( $p = 0,000$ ).

Os atributos derivados são compostos pelos escores orientação familiar e comunitária. Observa-se que o escore orientação familiar obteve resultado como orientado em ambos os modelos de atenção, com média superior nas UBS ESF ( $p = 0,001$ ). No entanto, o escore orientação comunitária no modelo Tradicional teve a média de 3,86, contra 6,95 nas UBS que trabalham com ESF, ( $p = 0,000$ ). Salienta-se serem os resultados da ESF, condizentes com a proposta de sua criação pelo Governo, através do MS para reorganizar, ampliar e qualificar a APS no Brasil.

Observa-se, no escore geral, que as UBS, ao trabalharem com o modelo de atenção ESF estão orientadas em APS, com média de 7,51, enquanto as UBS Tradicionais obtiveram

média de 5,91 ( $p = 0,000$ ). Consoante a isso, pode-se afirmar que o modelo de atenção em ESF, no sistema de saúde vigente cumpre o seu papel de estabelecer vínculos, ao criar laços de compromisso de reorganização da prática atual assistencial, com distribuição de responsabilidades entre os profissionais de saúde ligados à APS e a população (BRASIL, 1997).

Quanto à associação das inovações e à orientação em APS, realizou-se a análise bruta e ajustada de acordo com a Regressão de Poisson. Constatou-se, na análise bruta pertencer ao modelo de atenção ESF, ter planejamento de ações e a organização formal das atividades, que estiveram significativamente associadas com ter orientação em APS. No entanto, na análise ajustada, apenas a variável modelo de atenção permaneceu associada ao desfecho (2,86; IC 95% 2,18 – 6,91).

### **5.2.5 Inovação em serviço da APS de Pelotas**

O estudo cumpriu com o proposto na análise das relações e dos processos estabelecidos para inovar em APS, e teve como contribuição teórica a elaboração da representação do processo de inovação em serviço da APS de Pelotas (Figura 26, p. 194). Para a área do conhecimento a contribuição foi evidenciar e analisar o modelo de atenção ESF como grande impulsionador de inovações nas quatro dimensões do Manual de Oslo (2005) em sete perspectivas que englobam o contexto de trabalho da APS, corroborando com a proposta atual do MS de reorganização da APS através da expansão da ESF.

Para alcançar os objetivos, amparou-se nos 62 relatos obtidos através das entrevistas qualitativas, nas quais, após as análises de acordo com os pressupostos de Bardin (2009) e análise de *Cluster*, foi possível identificar a importância do Governo enquanto entidade fomentadora de inovações em toda a rede pública de saúde, através dos programas, projetos e incentivos lançados a nível nacional. Também se identificou a importância da SMS enquanto órgão de gestão, que articula e impulsiona inovações junto às UBS do município.

Ressalta-se a relevância do modelo de atenção em ESF para reorganizar a assistência em saúde, confirmada tanto na parte quantitativa, quanto qualitativa da Tese. No estudo, também se constatou a importância das equipes e do processo de trabalho, enquanto categoria abstrata, pois permite compreender a organização e a divisão das tarefas necessárias à transformação de um dado objeto de trabalho em um produto desenvolvido, valorizado socialmente, tanto em seu valor de uso, quanto em seu valor de troca (FACCHINI, 1986). Segundo o autor, este processo guarda as características essenciais do modo de produção em

que está inserido e, de modo mais objetivo, de seu ramo de produção, da natureza da atividade produtiva predominante (FACCHINI, 1986).

Na ESF, o processo de trabalho pretende distanciar-se do viés de formação hospitalar e de especialização profissional, fortalecendo a participação e a integração da equipe de saúde no atendimento das necessidades de assistência da população. Consoante isso, para elaborar a representação do processo de inovação em APS, utilizaram-se os termos, citados pelos entrevistados e que denotam a importância atribuída a cada um: SMS: 236 vezes; programas do governo: 172 vezes; UBS: 133 vezes; gestão: 106 vezes; Mais Médicos: 104 vezes; Governo: 68 vezes; PROVAB: 67 vezes; comunidade: 58 vezes; planejamento: 48 vezes; Pet Saúde: 22 vezes; PMAQ: 12 vezes.

De maneira geral conclui-se que a inovação ao realizar-se de forma articulada, com trabalho de equipe, planejamento e organização formal, ou seja, com a reorganização da produção e aprendizagem organizacional é associada ao aumento da apropriação de conhecimentos e práticas; que podem mudar as situações de saúde às quais estão integrados, formando compósitos de conhecimento tácito e explícito, orientados para a inovação e melhoria do cuidado assistencial (HARTZ, 1997; MENDES, 1998, 2007; SILVEIRA, 2010, 2012). Essa realidade esteve destacada de forma preponderante nos serviços com a ESF e em alguns Tradicionais, em especial naqueles vinculados às Universidades.

Na representação do processo de inovação da APS de Pelotas, denotam-se, primeiramente as ações do Governo Federal (Políticas públicas), através de programas como a ESF, Mais Médicos, PROVAB, Pet Saúde, PMAQ, nos quais existe a adesão por parte da gestão central da SMS, que os distribui no Sistema de Saúde Municipal, de acordo com o planejamento estratégico das ações em saúde (Plano Municipal de Saúde) e do Plano Diretor do Município.

A SMS tem, como apoio, o CMS enquanto órgão de controle social, ONGs e iniciativa privada. Os programas/projetos distribuídos às UBS dependem de articulações realizadas de forma endógena, através do planejamento e da formalização das ações, amparadas pelo apoio da comunidade adscrita, Universidades com as quais têm vínculo de ensino e do CLS. Todas essas ações articuladas levam à inovação em serviços de saúde em APS no município de Pelotas.



### 5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PESQUISAS FUTURAS

Os resultados desse estudo não permitem generalizações pelo escopo ser delimitado ao município de Pelotas. No entanto, os dados resultantes de partes da Tese permitem realizar comparações com outros estudos já realizados no mesmo enfoque, ressaltando-se alguns autores: Harzheim (2006), Nodari (2012), Castro (2012), quanto à orientação em APS e Mendes (2002), Rosa (2005), PROESF (2006), Facchini (2008), Silveira (2010), Mendes (2011); nos aspectos relativos à APS, às características dos gestores e das UBS, ao modelo de atenção e ao controle social.

Para realizar novas pesquisas sugere-se: 1 - a ampliação do número de municípios analisados sob os aspectos tratados nessa pesquisa; 2 - a inserção de um componente que avalie os resultados epidemiológicos dos modelos de atenção vinculados à Orientação em APS; 3 - a ampliação da população estudada, entrevistando toda a equipe de trabalho; 4 - a avaliação das competências, habilidades e atitudes dos profissionais ligados à APS para inovar em serviço. Os estudos futuros também poderão acrescentar a esta avaliação, comparações com resultados de estudos internacionais quanto a parâmetros de gestão e grau de orientação no nível primário de atenção.

### 5.3 RECOMENDAÇÕES A PARTIR DO ESTUDO

As recomendações do estudo baseiam-se nos principais resultados do trabalho e também nas experiências, vivências e observações experimentadas pela pesquisadora ao longo de uma trajetória ligada à área da saúde, que envolveu trabalho (gestão) e estudo por muitos anos.

São inegáveis as melhorias e inovações advindas com a implantação da ESF corroborando com a ampliação do modelo da atenção básica em Pelotas. A ESF trás consigo uma série de formalidades inerentes ao modelo, como o planejamento, metas e objetivos a serem cumpridos que demandam uma reorganização interna das UBS, e conseqüentemente, das equipes de trabalho. Contudo, é necessário que as equipes estejam completas (com todos os profissionais) para trabalhar e dar respostas à comunidade adstrita. Assim, a Gestão Central da SMS tem um papel fundamental de articulador e solucionador de problemas, tendo em suas mãos a responsabilidade de prover todos os recursos necessários para a atuação das equipes. Recomenda-se que os editais para a seleção dos profissionais quando vigentes, tenham

profissionais habilitados em lista de espera, assim diminui-se o tempo de abertura de novos editais e todo o trâmite de concurso público para repor postos de trabalho.

Identificou-se existir grande precariedade nas instalações físicas das unidades, apesar dos esforços da SMS, onde faltam salas para atendimento, reformas urgentes a serem realizadas, equipamentos de trabalho, dentre outros problemas observados. A SMS tem por premissa participar de grande parte dos projetos lançados pelo MS, como forma de captar recursos e gerar inovações de todas as formas, talvez agora, devesse priorizar projetos que promovam reformas e ampliação para as unidades, também buscar e ampliar parcerias com ONGs e instituições privadas, que tem dado certo em uma pequena escala, como é o caso da TELLUS.

A SMS também deve sempre observar o cumprimento da destinação de 15% de arrecadação municipal para a saúde do município. Assim teríamos equipes completas operando em UBS estruturas físicas adequadas.

Uma reforma urgente nos sistemas de trabalho faz-se necessária nas UBS que trabalham no Modelo Tradicional de atenção. As equipes (manhã/tarde) precisam se conhecer, trocar experiências, conversar, ter reunião de equipe, planejar as atividades e estruturar uma forma de atuação e organização interna padrão, precisam ter envolvimento. Não é possível que uma mesma UBS tenha formas tão diferentes de trabalhar em uma comunidade; apesar desses profissionais terem menor carga horária e trabalharem em outros locais, é possível se encontrar e discutir o andamento do trabalho, os resultados alcançados e resolver os problemas. Para tanto, o gestor e a supervisão do trabalho assumem um papel fundamental, e nesse sentido, o papel do Gerente Distrital aparece fragilizado. A função é de extrema relevância, mas tem assumido mais questões administrativas gerais do que internas e de supervisão do trabalho.

Sugere-se que o Gerente Distrital possa se envolver mais com a organização interna da unidade, conquistar o envolvimento de todos, participar das reuniões de equipe e verificar os indicadores de cada UBS, como número de atendimentos por médico, enfermagem, odontólogo, procedimentos como curativos e vacinas, e demais procedimentos possíveis de serem realizados em cada local. Observou-se, como exemplo, que alguns profissionais atendem quatro pacientes por período e vão embora da UBS, enquanto outros na mesma especialidade atendem dez, com a mesma carga horária. A diferença é gritante e os recursos disponíveis são os mesmos. A cobrança deve ser reforçada, quando as condições estão adequadas para o trabalho, e esse papel tem que ser assumido tanto pela gestão interna quanto pela SMS.

Outro fator que deve ser reforçado é o papel do CMS e do CLS como mediador de questões de cunho social. O CMS deveria participar mais ativamente da rotina e dos problemas das UBS, estreitar os laços com as visitas periódicas é uma forma de poder ajudar e compreender as necessidades específicas de cada UBS e da população por ela assistida. Também deveria ser expandido o número de CLS no município, pois quando atuante, mostrou-se aliado na solução de problemas das unidades com o envolvimento da comunidade adstrita. É necessário um estímulo do CMS como articulador dessa expansão.

No estudo se observou e identificou a dificuldade de acesso das UBS para conseguir exames de maior complexidade, internar pacientes e nas relações com estruturas de apoio à assistência. O problema é complexo, mas sugere-se rever e facilitar a conduta dos profissionais das unidades para internar os usuários de forma direta, sem precisar encaminhar via PSM. Também sugere-se conversar com os profissionais, em reuniões periódicas, a fim de tratar dos principais entraves observados para a assistência, e juntos formularem protocolos para todos.

Observou-se que existem UBS com ótimos indicadores assistenciais, com ideias excelentes para o trabalho, com mecanismos para atrair a comunidade para participar de projetos, grupos de trabalho, com inovações em todas as dimensões. E estes casos de sucesso poderiam ser utilizados pela SMS como referência para treinar as demais UBS, como modelo a ser seguido, multiplicando ações de sucesso. Essa forma de trabalho poderia melhorar a qualidade do atendimento, estimular a criatividade dos profissionais, incentivar a melhoria contínua, pois a *expertise* de cada local irá ser valorizada e replicada.

De forma geral, lidar com questões que envolvam a saúde é algo complexo e desafiador, mas percebe-se que é possível fazer o melhor e gerar ótimos resultados, mesmo com algumas limitações, pois são as pessoas, a equipe, que fazem a diferença na assistência prestada à população.

## REFERÊNCIAS

- ABERNATHY, W.; UTTERBACK, J. Patterns of industrial innovation. **Technology Review**, v. 80, n.7, p. 40-47, 1978.
- ALAM, I. Removing the fuzziness from the fuzzy front–end of service innovations through customer interactions. **Industrial Marketing Management**, v. 35, n. 4 p. 468-480, 2006.
- ALEIXO, J. L. M. A. Atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde**, v. 1, n.1, p. 1-16, 2000.
- ARK, van B.; BROERSMA, L.; HERTOOG den P. Services innovation, performance and policy: a review. **Hague: Ministry of Economic Affairs**, v. 6, 2003.95p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARRAS, R. Towards a theory of innovation in services. **Research Policy**, v.15, n.4, p.161-173, 1986.
- \_\_\_\_\_. Interactive innovation in financial and business services: the vanguard of the service revolution. **Research Policy**, v.19, p.215-237, 1990.
- BARRETT et al. Foreword: service innovation in the digital age. **MIS Quarterly**, v. 39, n. 1, p. 135-154, March 2015.
- BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**, v.3, n. 21, p.1186-1471, 2003.
- BARROS, M. B. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência&Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, Sept. 2011.
- BILDERBEEK, R.; HERTOOG, P.; Den MARKLUND, G. Miles I. “Services in innovation: Knowledge intensive business services (KIBS) as co-producers of innovation”. **SI4S Synthesis Paper**, n. 3, STEP, Oslo, 1998.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1439-54, 2009.
- BODSTEIN, R. Primary care in the agenda of public health sector in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 3, p.401-412,2002.
- BOING, A. F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília:

DOU, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei 8082 de 1992. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção1, p.18055 – 18059, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 95 de 21 de novembro de 2001**. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Brasília: MS, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2048/GM de 05 de novembro de 2002**: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Brasília**. CNES, 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.372, de 7 de outubro de 2009**. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação de atenção primária à saúde: **Primary Care Assessment Tool (PCATool – Brasil)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DOU, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 978/GM, de 16 de maio de 2012**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: DOU, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.438/GM, de 24 de dezembro de 2013**. Habilita Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a receberem a antecipação dos incentivos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal. Brasília: DOU, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Caderno de Atenção Básica, n. 35, Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. **DATASUS**: sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS), 2015.

CAMERON, K.S. Effectiveness as paradox: consensus and conflict in conceptions of organizational effectiveness. **Management Science**, v. 32, n.5, p.539-553, 1986.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, England, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p.229-266, 1997.

CASSIOLATO, J.; LASTRES, E. M. Sistema de inovação e desenvolvimento as implicações de política. **Perspectiva**, v. 19, n.1, p. 34-45, 2005.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

CHEN, J.S; TSOU, H. T.; HUANG, A. Y.H. Service delivery innovation: antecedents and impact on firm performance, **Journal of Service Research**, v. 12, p. 36-55, 2015.

CLEMENHACEN, C.; CHAMPAGNE, F. Quality assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for managers and clinical department heads. **Quality Review Bulletin**, 1986.

CMSPEL. Conselho Municipal de Saúde de Pelotas. **Regimento interno de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde**. Pelotas, 2015.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS - Avanços e Desafios. **CONASS Documenta**, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS - Avanços e Desafios. **CONASS Documenta**, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. Intégration des soins: dimensions et mise-en-oeuvre. **Ruptures**: revue transdisciplinaire en santé, Quebec, v. 8, n. 2, p. 38-52. 2001.

CUETO, M. The Origins of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care. **American Journal of Public Health**, V. 94, p.1864-1874, 2004.

DE VRIES, E.I. Innovation in services in networks of organizations and in the distribution of services. **Research Policy**, v.35, p.1037-1051, 2006.

DEN HERTOOG, P. Knowledge-intensive business services as co-producers of innovation. **International Journal of Innovation Management**, v.4, n. 4, p. 491-528, 2000.

DEN HERTOOG, P. **Managing service innovation**: firm-level dynamic capabilities and policy options. 2010, 320 f. Tese (Doutorado em Economia) - Faculty of Economics and Business, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 2010.

DEN HERTOOG, P.; RUBALCABA, L. **Policy frameworks for service innovation**: a menu-approach, in Gallouj, F. and Djellal, F. (Eds), Handbook of Innovation and Services, Edward Elgar, Cheltenham, p. 621-53, 2010.

DIAS, C. J. S.; BORBA L. G.; PINHO M. N.; CHATKIN, M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n. 7, p. 1699-707, 2008.

DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. Mapping innovation dynamics in hospitals. **Research Policy**, v.34, n. 6, p.817-835, 2005.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Phatol Lab Med**, v. 114, n. 11, p. 1115-8, 1990.

\_\_\_\_\_. Evaluation de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. L. (ed.). **Investigaciones sobre servicios de salud**: una antología. Washington (USA): Organización Panamericana de la Salud - OPAS - Public, p.382-404, 1992.

\_\_\_\_\_. Evaluating the quality of medical care. 1996. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DOSI, G. The Nature of the innovative process. In: DOSI, G. (org.). **Technical change and economy theory**. London: Pinter Publishers, p. 221-238, 1990.

DREJER, I. Identifying innovation in surveys of services: Schumpeterian perspective. **Research Policy**, v.33, n. 3, p.551-562, 2004.

DREW, S. Strategic benchmarking: innovation practices in financial institutions. **International Journal of Bank Marketing**, v. 13, n. 1, p. 4-16, 1995.

DRUCKER, P. F. **Fator humano e desempenho**: o melhor de Peter Drucker sobre Administração. São Paulo: Pioneira, 1981, xvii, 451 p.

DUNCAN, B. B. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2013. 1976p.

FACCHINI, L. A. **Proceso de trabajo, cambio tecnologico y desgaste obrero**: el caso del

ingenio de azucar "Adolfo Lopez Mateos". 1986. Dissertação (Mestrado em Medicina Social), Xochimilco (México): Universidad Autónoma Metropolitana, 1986.

\_\_\_\_\_. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p.669-681, 2006.

\_\_\_\_\_. et al. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 159-172, 2008.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. **Relatório de atividades**: 2010. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

FITZSIMMONS, J.; FITZSIMMONS, M. **Administração de serviços**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FLEURY, M. J.; DENIS, J. L. Proposition d'un modèle d'évaluation de la mise en œuvre et des effets de la planification des programmes régionaux d'organisation des services de santé mentale au Québec. **Canadian Journal of Program Evaluation**, v.15, n. 2, p.117-147, 2000.

GADREY, J. Le service n'est pas un produit: quelques implications pour l'analyse économique et pour la gestion. **Politiques et Management Public**, v.9, n.1, p. 1-24, 1991.

\_\_\_\_\_. **Relations de service**, marchés de services. Paris: CNRS Editions, 1994.

\_\_\_\_\_. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In: SALERNO, M.S. (Org.). **Relação de Serviço**: produto e avaliação. São Paulo: Senac, 2001.

GADREY, J.; GALLOUJ, F.; WEINSTEIN, O. New modes of innovation: How services benefit industry. **International Journal of Service Industry Management**, v.6, n.3, p.4-16, 1995.

\_\_\_\_\_. et al. **La recherche développement et l'innovation dans les activités de service**: le cas du conseil, de l'assurance et des services d'information électronique, report for the french Ministry of research and higher education, Paris, december, 1993.

GALLOUJ, F. **Innovation dans les services**. Paris: L'Harmattan, 1994.

\_\_\_\_\_. Towards a neo-Schumpeterian theory of innovation in services? **Science and Public Policy**, v.24, p.405-420, 1997.

\_\_\_\_\_. Innovating in reverse: services and the reverse product cycle. **European Journal of Innovation Management**, v.1, n. 3, p.123-138, 1998.

\_\_\_\_\_. Les trajectoires de l'innovation dans les services: vers un enrichissement des taxonomies évolutionnistes. **Économies et Sociétés**, Série Économie et Gestion des Services. v. 1, n.5, p.146-169, 1999.



\_\_\_\_\_. Beyond Technological innovation: trajectories and varieties of services innovation, in M. Boden, and I. Miles (eds), **Services, innovation and the knowledge economy** (London Continuum), 2000.

\_\_\_\_\_. **Innovation in the service economy**. Great Britain: Edward Elgar Publishing, 2002.

\_\_\_\_\_. Economia da inovação: um balanço dos debates recentes. In: BERNARDES, R.; ANDREASSI, T. (Org.). **Inovação em serviços intensivos em conhecimento**. São Paulo: Editora Saraiva, p. 3-27, 2007.

\_\_\_\_\_.; DJELLAL, F. **Handbook of Innovation and Services: A Multidisciplinary Perspective**. Cheltenham: Edward Elgar, 2010.

\_\_\_\_\_.; SAVONA, M. Towards a theory of innovation in services: a state of the art. In: GALLOUJ, F.; DJELLAL, F. (Ed.). **Handbook of Innovation and Services**. Cheltenham: Edward Elgar, p.27-48,2010.

\_\_\_\_\_.; WEINSTEIN, O. Innovation in services. **Research Policy**, v. 26, n. 4-5, p. 537-556, 1997.

\_\_\_\_\_. Innovation in Services. **Research Policy**, v.26, n.4, p.537-556, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

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

GREENHALGH, T. et al. **Difusão de inovações em saúde**. As organizações de serviços: uma revisão sistemática da literatura. Oxford: Pretobem, 2005.

HALL, B. Innovation and Diffusion. In: FAGERBERG, J.; MOWERY, D.; NELSON, R. R. (ed.). **The Oxford Handbook of Innovation**. Oxford: Oxford University Press, p.133-142, 2005.

HALVORSEN, Thomas et al. **Innovation in public sector**: on the differences between public sector and private sector innovation. Cidade: Editora, 2005.

HARTZ, Z.M. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

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

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; DARDET, A.; STEIN, A. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, Aug, 2006.

HAUKNES, J. **T-KIBS and Innovation**. Some Norwegian policy challenges. Oslo: STEP, 1998.

HERTOG, P. Knowledge-intensive business services as co-producers of innovation. **International Journal of Innovation Management**, v. 4, n. 4, p.491-528, 2000.

HIPP, C.; TETHER, B.; MILES, I. The incidence and effects of innovation in services: evidence from Germany. **International Journal of Innovation Management**, v.4, n. 4, p.417-454. 2000.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Inovação Tecnológica- PINTEC 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Comissão Nacional de Classificação**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.cnae.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 16 out 2014.

INSTITUCIONAIS. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 254-6, 2002.

LAM, A. Organizational Innovation. In: FAGERBERG, J.; MOWERY, D.; NELSON, R. R. (ed.). **The Oxford Handbook of Innovation**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.867-874, 2001.

LUNDEVALL, B. A. **National systems of innovation: towards a theory of innovation and interactive learning**. London: Pinter Publishers, 1992.

\_\_\_\_\_.; JOHNSON, E. S.; ANDERSEN; DALUM, B. National systems of production, innovation and competence building. **Research Policy**, v.31, n. 2, p.213- 231, 1998.

MCCRUDDEN, C. Using public procurement to achieve social outcomes. **Natural Resources Forum**, v. 28, n. 4, p. 257-267, 2004.

MATTA, G. C. **A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

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

MENDES, E.V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E.V. (Org.).

**Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3.ed. São Paulo, Ed. Hucitec, 1995.

\_\_\_\_\_. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: MENDES, E.V. (Org.) **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: Ed. HUCITEC, 1998.

\_\_\_\_\_. **A Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública Ceará, 2002.

\_\_\_\_\_. **As Redes de Atenção à Saúde.** Organização Pan Americana da Saúde, Brasília, 2011.

MILES, I. Innovation in services. In: FAGERBERG, J.; MOWERY, R.; NELSON, R. **The Oxford Handbook of Innovation**, Oxford: Oxford University Press, p. 433-458, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.621-626, Mar 2012.

MOREIRA, M.; VARGAS, E. O papel das compras governamentais na indução de inovações. **Contabilidade, Gestão e Governança**, v. 12, n. 2, p. 35-43, 2009.

MORICOCCHI, L.; GONÇALVES, J. Teoria do desenvolvimento econômico de Schumpeter: Uma revisão crítica. **Informações Econômicas**, São Paulo, v.24, n.8, ago. 1994.

MORIN, E. Le système: Paradigme ou/et théorie. In: **Science avec Conscience**. Paris: Librairie Arthème Fayard, 1982.

\_\_\_\_\_. **Introduction à la pensée complexe.** Paris: ESF Éditeur, 1990.

NEGRI, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: **Sobrevive**, p. 15-41. 2002.

NELSON, R. R. **National systems of innovation:** a comparative study. Oxford: Oxford University Press, 1993.

\_\_\_\_\_.; WINTER, S. **An Evolutionary Theory of Economic Change.** Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 1982.

NUNES, A. A. et al. Grupo Pet-Saúde USP/RP 2009. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde tradicionais: contribuições do PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 27-32, 2012.

NODARI, C. H. et al. Innovations in primary care management: a Brazilian Experience. **World Review of Entrepreneurship, Management and Sustainable Development**, v.8, n.2, p.165-180, 2012.

\_\_\_\_\_.; OLEA, P.M.; DORION, E.C.H. Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para atenção primária. **Revista de Administração Pública**,

v.47, n.5, p. 1243-1264,2013.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **The knowledge -creating company**. New York/Oxford: Oxford University Press, 1995.

OECD. Manual de Oslo. **Diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação**. Terceira Edição. OCDE e Eurostat, 2005.

ONU. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cuidados primários de saúde - relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Alma Ata**, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre el futuro de los servicios de salud y afines**, 1920 (Publicación Científica, n. 93). Washington (DC): OPAS; 1964.

\_\_\_\_\_. OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978.

\_\_\_\_\_. Organización Panamericana De La Salud. Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología. OPS. **Publicación Científica**, n.534, 1992.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p.489-503, 1999.

\_\_\_\_\_.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, suppl. 0, p. 1819-1829, nov. 2007.

\_\_\_\_\_. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v.6, n.11, p.11-31, 2011.

PARMAR, R.; MACKENZIE, I.; GAN, D.; COHN, D.; GANN, D. The news patterns of innovation. **Harvard Business Review**, v. 10, p. 36-48, 2014.

PAVITT, K. Sectoral patterns of technical change: towards a taxonomy and theory. **Research Policy**, v.13, n. 6, p.343-373, 1984.

PELOTAS. **Plano Municipal de Saúde**. Secretaria da Saúde. Plano de trabalho. Pelotas, 2014-2017.

PORTAL BRASIL. **Governo Federal**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia**. A experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

QSR INTERNATIONAL. **An overview of NVivo 3.1**: software to support qualitative and mixed methods research. Acesso em: 17 fev. 2015.

QUALISUS. **Projeto QUALISUS**: firmado entre a organização das nações unidas para a educação, a ciência e a cultura – Unesco, instituto para o desenvolvimento da gestão pública e das organizações de interesse público. São Paulo, 2007.

RASIA, I. C. R. 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.

\_\_\_\_\_.; DORION, E. C. H.; OLEA, P. M.; NODARI, C. H.; GANZER, P. Innovations in primary health care: cases of community health center in Pelotas, Brazil. **Australian Journal of Basic and Applied Sciences**, v. 8, p. 371-378, 2014.

\_\_\_\_\_.; SILVEIRA, D.; OLEA, P. M. A relação entre as forças internas e externas na inovação em serviço na atenção primária à saúde. **Convención Salud**, 2015.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária a Saúde e Sistemas de Saúde no Brasil**: uma perspectiva histórica. 2007. 325f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ROGERS, E.M. **Diffusion of Innovations**. New York: Free Press, 1995.

ROSA, W.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

ROSENBERG, N. **Exploring the Black Box**: Technology, Economics, and History. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

RUBALCABA, L. **The New Service Economy**: Challenges and Policy Implications for Europe. Cheltenham: Edward Elgar, 2007.

\_\_\_\_\_. et al. Shaping, organizing, and rethinking service innovation: a multidimensional framework. **Journal of Service Management**, v.23, n.5, p.696-715, 2012.

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

SAVIOTTI, P.P.; METCALFE, S. A theoretical approach to the construction of technological output indicators. **Research Policy**, v.13, n.3, p.141-151, 1984.

SCHERER, M. D. A et al. Rupturas y resoluciones en el modelo de atención a la salud: reflexiones sobre las estrategias de salud de la familia con base en las categorías kuhnianas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p. 53-66, Botucatu, set.2004/fev2005.

SCHNEIDER, B.; BOWEN, D. E. **Winning the service game**. Boston: Harvard Business School Press, 1995.

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

\_\_\_\_\_. **The Theory of Economic Development**. Cambridge: Harvard University Press, 1934.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Londres, 1942.

\_\_\_\_\_. **Teoria do desenvolvimento econômico**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

\_\_\_\_\_. **Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e ciclo econômico**. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

SILVEIRA, D. S. da et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, 2010.

SIRILLI, G.; EVANGELISTA, R. Technological innovation in services and manufacturing: results from Italian surveys. **Research Policy**, v.27, n. 9. p.881-899, 1998.

SORENSEN, E. Governance and innovation in the public sector. In: LEVI-FAUR, D. (Ed.) **The Oxford Handbook of Governance**, New York: Oxford University Press, p. 215-227, 2012.

SORENSEN, F.; JENSEN, J.F. Service encounter based innovation and tourism. In E. FAYOS-SOLÀ, E. **Knowledge Management in Tourism: Policy and Governance Applications**. SILVA, LIPING, A, Cai; JAFARI, J. (Eds.), Bingley: Emerald Group Publishing Limited. (Bridging Tourism Theory and Practice), v.4, p. 129-150, 2012.

\_\_\_\_\_.; SUNDBO, J.; MATTSSON, J. Organisational conditions for service encounter-based innovation. **Research Policy**, v. 42, n. 8, p. 1446-1456, 2013.

SOUZA, L. L. de; COSTA, J. S. D. da. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.4, p.765-772, Aug. 2011.

STARFIELD, B. **Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy**. London: Oxford University Press, 1992.

\_\_\_\_\_. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics, United States**, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

\_\_\_\_\_.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

SUNDBO, J. Modulization of service production and a thesis of convergence between service and manufacturing organisations. **Scandinavian Journal of Management**, v.10, n.3, p.245-266, 1994.

\_\_\_\_\_. The balancing of empowerment: a strategic resource based model of organizing innovation activities in service and low-tech firms. **Technovation**, v.16, n.8, p.397-409, 1996.

\_\_\_\_\_. Management of innovation in Services. **The Service Industries Journal**,

v.17,n.3, p.432-455, 1997.

\_\_\_\_\_. **The strategic management of innovation.** Cheltenham: Edward Elgar, 2001.

\_\_\_\_\_. Innovation as a strategic process. In: SUNDBO, J., FUGLSANG, L. (Eds.), **Innovation as strategic reflexivity.** Routledge, London and New York, p. 57-80, 2002.

\_\_\_\_\_. **Inovação e participação em serviços.** Inovação e o processo criativo: para a inovação. Cheltenham: Edward Elgar, p.25-47, 2008.

\_\_\_\_\_. Innovation in Services. **SI4S Synthesis Paper**, n.2, 1998a.

\_\_\_\_\_. **University of Lille Paper presented at the CRIC workshop on Innovation and Services.** Manchester, p.17-18, 1998b.

\_\_\_\_\_. Innovation as a strategic process. In: SUNDBO, J.; FUGLSANG, L. (Eds.) **Innovation as Strategic Reflexivity.** London (Routledge), 2002.

\_\_\_\_\_.; GALLOUJ, F. Innovation as a loosely coupled system in services, **International Journal of Services Technology and Management**, v.1, n.1, p.15-36, 1994.

\_\_\_\_\_.; HAGEDORN-RAMUSSEN, P. The backstaging of experience production. In: SUNDBO, J.; DARMER, P. (Ed.). **Creating Experiences in the Experience Economy.** Cheltenham: Edward Elgar, p.83-110, 2008.

\_\_\_\_\_.; TOIVONEN, M. **Usuário de inovação em serviço.** Cheltenham:Edward Elgar, 2011.

SUSSER, M.; SUSSER, E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. **American Journal of Public Health**, v. 86, n. 5, p. 668-673, 1996a.

SUTTON, J. **Sunk Costs and Market Structure.** Massachusetts: MIT Press, Cambridge, 1992.

\_\_\_\_\_. **Technology and Market Structure.** Massachusetts: MIT Press, Cambridge, 1998.

TETHER, B. **Do services innovate (differently)?** Manchester: The University of Manchester, 2004.

TIROLE, J. Jeux Dynamiques: Un Guide de l'Utilisateur. **Revue d'Economie Politique**, v. 93, n. 4, p. 551- 575, July/August, 1983.

\_\_\_\_\_. **The Theory of Industrial Organization.** Massachusetts: MIT Press, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação, São Paulo: Atlas, 1997.

VALA, J. A análise de conteúdo. In: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. (Orgs.) **Metodologia das ciências sociais**, p. 101-128. Porto: Afrontamento, 1996.

VAN DER, A. A. W.; ELFRING, T. Uma tipologia de inovações em empresas de serviços. In: **Conferência sobre “Gestão de inovações em serviços”**, Escola de negócios de Cardiff, Abril, 1993.

VANDERMERWE, S. **From tin soldiers to Russian dolls: creating added value through services**. London: Butterworth&Heinemann, 1993.

VARGAS, E. P. **A dinâmica da inovação em serviços: o caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França**. 2006. 282f. Tese (Doutorado em Administração) Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

\_\_\_\_\_. Relação entre estratégia e inovação de serviços: análise de casos no setor hospitalar, **Organizações & sociedade**, Salvador, v.14, n.40, p.17-27, 2007.

\_\_\_\_\_.; ZAWISLAK, P. A. Inovação em serviços no paradigma da economia do aprendizado: a pertinência de uma dimensão espacial na abordagem dos sistemas de inovação. **Revista Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 139-159, Mar. 2006.

\_\_\_\_\_.; La dynamique de l'innovation dans les services: les cas des services hospitaliers, une comparaison Brésil-France. **Économies et Sociétés**, v. 10, n. 4, p. 615-640, 2009.

VICTORA, C.G.; HABICHT, J. P.; BRYCE J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. **American Journal of Public Health**, v. 94, n.3, p. 400-5, 2004.

VON HIPPEL, E. **Democratizar inovação**. Londres: IMT Press, 2005.

YIN, R. K. - Case study research - design and methods. **Sage Publications Inc.**, USA, 1989.

YIN. R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: **Bookman**, 2005.

WINDRUM, P.; GARCIA-GOÑI, M. A. Neo-Schumpeterian model of health services innovation. **Research Policy**, n.37, p.649-672, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva, World Health Organization, 2000.



## APÊNDICE 1 – Questionário Gestor da UBS

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL	<b>NÃO ESCREVER NESTA COLUNA</b>
Esse estudo é parte integrante do Projeto do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul. Linha de Pesquisa: Gestão da Inovação e Competitividade.	
<b>BLOCO 1 – <u>GESTOR DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE</u></b>	
<b>1G. Nome do Gestor:</b> _____	
<b>2G. Sexo (observar):</b> (0) Masculino (1) Feminino	SEXO __
<b>3G. Idade:</b> _____ anos	IDADE__
<b>4G. Telefone para contato com o entrevistado: (53)</b> _____	FONE -----
<b>5G. Data da entrevista:</b> __/__/____	DTENT --/--/----
<b>6G. Profissão do Gestor</b> (0) Médico (1) Enfermeiro (2) Assistente Social (3) Odontólogo (4) Nutricionista (5) Psicólogo ( ) Outro, qual: _____	PROFGEST__
<b>7G. Grau conquistado:</b> Graduação (0) Não (1) Sim Especialização (0) Não (1) Sim Residência (0) Não (1) Sim Mestrado (0) Não (1) Sim Doutorado (0) Não (1) Sim PHD (0) Não (1) Sim	GRADU __ ESPEC __ RESIDEN __ MESTRAD __ DOTORAD __ PHD __
<b>8G. Cargo na instituição:</b> (0) gerente (1) supervisor (2) chefe (3) responsável ( ) outro, qual: _____	CARGO __
<b>9G. Tempo no cargo:</b> ____ meses	TEMPCARG ____
<b>10G. Tipo de vínculo na instituição</b> (0) Estatutário (1) CLT (2) Cooperativa (3) Contrato Temporário ( ) Outro: _____	VINCINST__
<b>BLOCO 2 – <u>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)</u></b>	
<b>1U. Nome da UBS:</b> _____	UBS
<b>2U. Tipo de UBS:</b> (1) Tradicional (2) ESF ( ) Outra, qual? _____	TIPOUBS__ TIPOUTRA__
<b>3U. Endereço da UBS:</b> _____	ENDER

<b>4U. Telefone para contato na UBS: (53) _____</b>	<b>FONE</b> _____
<b>5U. Qual a vinculação desta UBS com o Sistema Único de Saúde?</b> (0) UBS da Prefeitura (1) UBS de Instituição de Ensino Superior Pública (2) UBS de Instituição de Ensino Superior Privada (3) UBS da Prefeitura e de Instituição de Ensino Superior Pública (4) UBS da Prefeitura e de Instituição de Ensino Superior Privada ( ) Outra situação (descrever): _____	<b>VINCUBS</b> __ <b>VINCOUTR</b> __
<b>6U. Há quanto tempo esta UBS está em funcionamento? _____ meses</b>	<b>MESFUNC</b> ____
<b>7U. A UBS tem _____ metros quadrados</b>	<b>MQUAD</b> ____
<b>8U. Quantos turnos de atendimento esta UBS oferece à população:</b> (1) Um (2) Dois (3) Três	<b>TURNOS</b> __
<b>9U. A UBS presta serviços aos finais de semana?</b> (0) Não (1) Sim	<b>FIMSEM</b> __
<b>10U. Existe área geográfica de abrangência definida para esta UBS:</b> (0) Não (1) Sim	<b>GEOG</b> __
<b>11U. Existe mapa da área geográfica:</b> (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	<b>MAPAGEO</b> __
<b>12U. Qual é a população que deve ser coberta pela UBS? _____ habitantes</b>	<b>HABIT</b> ____
<b>13U. Existem equipes de Estratégia de Saúde da Família nessa UBS?</b> (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 15U ( ) Sim, _____ equipes	<b>EQESF</b> ____
<b>14U. Descreva a quantidade de profissionais que compõem a (s) equipe (s) de Saúde da Família:</b> Nº de médicos clínico geral ou médico de família: ____ (88 = NSA) Nº de odontólogos: ____ (88 = NSA) Nº de enfermeiros: ____ (88 = NSA) Nº de auxiliares de consultório dentário ____ (88 = NSA) Nº de auxiliares de enfermagem: ____ (88 = NSA) Nº de técnicos de consultório dentário: ____ (88 = NSA) Nº de técnicos de enfermagem: ____ (88 = NSA) Nº de agentes comunitários de saúde: ____ (88 = NSA)	<b>QMEDGER</b> ____ <b>QODONT</b> ____ <b>QENF</b> ____ <b>QAXDENT</b> ____ <b>QAXENF</b> ____ <b>QTECDENT</b> ____ <b>QTECENF</b> ____ <b>QACS</b> ____

<b>15U. Descreva a quantidade de profissionais que compõem a equipe da sua UBS e que não fazem parte da(s) equipe (s) de Saúde da Família:</b>		
Nº de médicos clínico geral: ___		QMEDCLT___
Nº de médicos especialistas: ___		QMEDESPT___
Nº de enfermeiros: ___		QENFT___
Nº de auxiliares de enfermagem: ___		QAUXENFT___
Nº de técnicos de enfermagem: ___		QTECENFT___
Nº de agentes comunitários de saúde (PACS): ___		QACST___
Nº de assistentes sociais: ___		QASST___
Nº de nutricionistas: ___		QNUTT___
Nº de psicólogos: ___		QPSICT___
Nº de farmacêuticos: ___		QFARMT___
Nº de fisioterapeutas: ___		QFISIOT___
Nº de fonoaudiólogos: ___		QFONOT___
Nº de odontólogos: ___		QODONTT___
Nº de educadores físicos: ___		QEDFIST___
Nº de terapeutas ocupacionais: ___		QTEROCT___
Nº de biomédicos: ___		QBIOMT___
Nº de profissionais das ciências biológicas: ___		QCIBIOT___
Nº de veterinários: ___		QVETT___
Nº de profissionais administrativos: ___		QPROFADM___
Nº Outros profissionais: ___		QOUTT___
<b>16U. Existem atividades de ensino na UBS:</b>		ENSUBS___
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 19U	(1) Sim	
<b>17U. Há quanto tempo?</b> ___ meses		PET___
<b>18U. Que áreas de ensino utilizam a UBS como campo de estágio?</b>		
Medicina (0) Não (1) Sim (8) NSA		ENSMED___
Enfermagem (0) Não (1) Sim (8) NSA		ENSENF___
Nutrição (0) Não (1) Sim (8) NSA		ENSNUT___
Odontologia (0) Não (1) Sim (8) NSA		ENSODO___
Psicologia (0) Não (1) Sim (8) NSA		ENSPSI___
Serviço Social (0) Não (1) Sim (8) NSA		ENSSS___
Outros (descreva) (0) Não (1) Sim (8) NSA		ENSOUT___
		TIPOUT1___
		TIPOUT2___
		TIPOUT3___
	(88 = NSA)	
<b>19U. As atividades da equipe na UBS são supervisionadas (acompanhadas) por equipe ou representante da Coordenação da APS ou ESF:</b>		SUPERV___
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 21U	(1) Sim	
<b>20U. Qual a periodicidade da supervisão?</b>		PERSUPERV___
(0) Semanal (1) Quinzenal (2) Mensal (3) Bimensal		
(4) Trimestral (5) Semestral (6) Anual (7) Sem definição (8) NSA		





<b>26U De acordo com as categorias da escala abaixo avalie como está a relação da Unidade Básica de Saúde com os seguintes serviços e/ou instituições:</b>	
0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 <b>Ruim</b> <span style="float: right;"><b>Excelente</b></span>	
<input type="checkbox"/> Central de Marcação de Consultas SMS <input type="checkbox"/> Central de Regulação de Leitos <input type="checkbox"/> Serviços de Saúde Mental - CAPS <input type="checkbox"/> Farmácia municipal <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Laboratório de Análises Clínicas <input type="checkbox"/> Hospitais <input type="checkbox"/> Pronto-socorro <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Conselho Municipal de Saúde <input type="checkbox"/> Conselho Local de Saúde <input type="checkbox"/> Coordenação da APS ou ESF <input type="checkbox"/> Supervisão da APS ou ESF <input type="checkbox"/> 3ª Coordenadoria Regional de Saúde	MARC2 ___ REGLEIT2 ___ CAPS2 ___ FARMUN2 ___ SAMU2 ___ LABCLIN2 ___ HOSP2 ___ POST2 ___ PA2 ___ CMS2 ___ CLS2 ___ CABS2 ___ SUPERV2 ___ CRS2 ___
<b>BLOCO 3 – INOVAÇÕES</b>	
<b>INOVAÇÃO - CONCEITO</b>	
É a implementação de um novo produto (bem ou serviço) ou um produto (bem ou serviço) já existente significativamente melhorado, ou de um processo, ou um novo método de <i>marketing</i> , ou um novo método organizacional na prática de gestão e de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas.	
<b>INOVAÇÃO DE PRODUTO/SERVIÇO</b>	
É a introdução de um bem ou serviço novo ou significativamente melhorado no que concerne a suas características ou usos previstos. Incluem-se melhoramentos significativos em especificações técnicas, componentes e materiais, facilidade de uso ou outras características funcionais, bem como na introdução de exames novos, serviços de profissionais de saúde, programas inéditos implantados (Ex. Exame de PSA).	
<b>11. A sua UBS contou com alguma Inovação de PRODUTO/BEM OU SERVIÇO a partir de &lt;MÊS&gt; de 2013 até a presente data?</b>  (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 51I                      (1) Sim	INOVPROD ___
<b>21. A(s) inovação(ões) de PRODUTO / BEM OU SERVIÇO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) a <u>ESTRUTURA FÍSICA</u> da UBS?</b> (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 9I                      (1) Sim                      (8) NSA	INPROEST ___

<p>31. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ões) na <b>ESTRUTURA FÍSICA</b>? (88 = NSA)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>ESTQ11 ___</p> <p>ESTQ12 ___</p> <p>ESTQ13 ___</p> <p>ESTQ14 ___</p> <p>ESTQ15 ___</p>
<p>41. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ões) na <b>ESTRUTURA FÍSICA</b>: (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTAEST1 ___ , ___</p>
<p>51 Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses (88 = NSA)</p>	<p>INOESTP1 ___</p>
<p>61. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ões) de produto/bem ou serviço na <b>ESTRUTURA FÍSICA</b>? Explique o <u>processo</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>71. Explique a trajetória destas inovações de produto/bem ou serviço na <b>ESTRUTURA FÍSICA</b>, quem influenciou e apoiou.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>81. Esta(s) inovação(ões) na <b>ESTRUTURA FÍSICA</b> é(são) produto(s)/serviço(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos)                      (0) Não    (1) Sim    (8) NSA</p> <p>Significativamente melhorado na UBS                      (0) Não    (1) Sim    (8) NSA</p>	<p>PROESNO ___</p> <p>PROESME ___</p>
<p>91. A(s) inovação (ões) de PRODUTO / BEM OU SERVIÇO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) os <b>RECURSOS HUMANOS</b> da UBS?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 161                      (1) Sim                      (8) NSA</p>	<p>INPRORH ___</p>
<p>101. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ões) na área de <b>RECURSOS HUMANOS</b>? (88 = NSA)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>RH11 ___</p> <p>RH12 ___</p> <p>RH13 ___</p> <p>RH14 ___</p> <p>RH15 ___</p>

<p><b>11. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) na área de <u>RECURSOS HUMANOS</u>: (88,8 = NSA)</b></p>	<p>NOTARH1 ___ / ___</p>
<p style="text-align: center;">0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	
<p><b>12. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses (88=NSA)</b></p>	<p>INORHTP1 ___</p>
<p><b>13. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de produto/bem ou serviço na área de <u>RECURSOS HUMANOS</u>?</b></p>	
<p>Explique o <u>processo</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p>	
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>14. Explique a trajetória destas inovações de produto/bem ou serviço na área de <u>RECURSOS HUMANOS</u>, quem influenciou e apoiou.</b></p>	
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>15. Esta(s) inovação(ções) na área de <u>RECURSOS HUMANOS</u> é(são) produto(s)/serviço(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</b></p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>PRORHNO ___</p> <p>PRORHME ___</p>
<p><b>16. A(s) inovação (ções) de PRODUTO / BEM OU SERVIÇO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) os <u>EQUIPAMENTOS DA UBS</u>?</b></p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 23I (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INPROEQ ___</p>
<p><b>17. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ões) nos <u>EQUIPAMENTOS DA UBS</u>?</b></p> <p>(88 = NSA)</p>	<p>EQUI11 ___</p> <p>EQUI12 ___</p> <p>EQUI13 ___</p> <p>EQUI14 ___</p> <p>EQU513 ___</p>
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>18. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) nos <u>EQUIPAMENTOS DA UBS</u>:</b></p> <p>(88 = NSA)</p>	<p>NOTAEQ1 ___ / ___</p>
<p style="text-align: center;">0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	
<p><b>19. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses (88 = NSA)</b></p>	<p>INOEQTP1 ___</p>

<p><b>20I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de produto/serviço nos <u>EQUIPAMENTOS DA UBS</u>?</b>  <b>Explique o processo</b> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>21I. Explique a trajetória destas inovações de produto/serviço nos <u>EQUIPAMENTOS DA UBS</u>, quem influenciou e apoiou.</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>22I. Esta(s) inovação(ções) nos <u>EQUIPAMENTOS DA UBS</u> é(são) produto(s)/serviço(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</b>  Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>PROEQNO __  PROEQME __</p>
<p><b>23I. A(s) inovação (ções) de PRODUTO / BEM OU SERVIÇO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) os <u>MATERIAIS/MEDICAMENTOS DA UBS</u>?</b>  (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 30I (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INPROMED __</p>
<p><b>24I. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ões) nos <u>MATERIAIS/MEDICAMENTOS DA UBS</u>?</b>  (88 = NSA)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>MATMED11 __ __  MATMED12 __ __  MATMED13 __ __  MATMED14 __ __  MATMED15 __ __</p>
<p><b>25I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) nos <u>MATERIAIS/MEDICAMENTOS DA UBS</u>?</b> (88 = NSA):</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTAMED1 __ __ __</p>
<p><b>26I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo?</b> __ __ meses (88 = NSA)</p>	<p>INMEDTP1 __ __</p>
<p><b>27I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de produto/serviço nos <u>MATERIAIS/MEDICAMENTOS DA UBS</u>?</b>  <b>Explique o processo</b> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



<p>28I. Explique a trajetória destas inovações de produto/serviço nos <b>MATERIAIS / MEDICAMENTOS DA UBS</b>, quem influenciou e apoiou.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																							
<p>29I. Esta(s) inovação(ções) nos <b>MATERIAIS/MEDICAMENTOS DA UBS</b> é(são) produto(s)/serviço(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>PROMENO __  PROMEME __</p>																						
<p>30I. A(s) inovação (ções) de PRODUTO / BEM OU SERVIÇO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) o <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</b>?  (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 37I (1) Sim</p>	<p>INPROEXA __</p>																						
<p>31I. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ões) no <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</b>?  (88 = NSA)</p> <hr/> <hr/>	<p>EXAME11 __ __  EXAME12 __ __  EXAME13 __ __  EXAME14 __ __  EXAME15 __ __</p>																						
<p>32I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) no <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</b>? (88,8 = NSA):</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ruim</td> <td colspan="6">Excelente</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ruim					Excelente						<p>NOTAEXA1 __ __, __</p>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
Ruim					Excelente																		
<p>33I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? __ __ meses (88 = NSA)</p>	<p>INOEXTP1 __ __</p>																						
<p>34I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de produto/serviço no <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</b>?  Explique o <u>processo</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																							
<p>35I. Explique a trajetória destas inovações de produto/serviço no <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</b>, quem influenciou e apoiou.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																							

<p>36i. Esta(s) inovação(ções) no <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</b> é(são) produto(s) /serviço(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>PROEXNO __  PROEXME __</p>
<p>37i. A(s) inovação (ções) de PRODUTO / BEM OU SERVIÇO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) a <b>GESTÃO DA UBS</b>?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 44i (1) Sim</p>	<p>INPROGE __</p>
<p>38i. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ções) na <b>GESTÃO DA UBS</b>? 88 = NSA</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>GESTAO11 __ __  GESTAO12 __ __  GESTAO13 __ __  GESTAO14 __ __  GESTAO15 __ __</p>
<p>39i. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) na <b>GESTÃO DA UBS</b>:  (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTAGE1 __ __, __</p>
<p>40i. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? __ __ meses (88 = NSA)</p>	<p>INOGETP1 __ __</p>
<p>41i. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de produto/serviço na <b>GESTÃO DA UBS</b>?</p> <p>Explique o <u>processo</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>42i. Explique a trajetória destas inovações de produto/serviço na <b>GESTÃO DA UBS</b>, quem influenciou e apoiou.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>43i. Esta(s) inovação(ções) na <b>GESTÃO DA UBS</b> é(são) produto(s) /serviço(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>PROGENO __  PROGEME __</p>
<p>44i. A(s) inovação (ções) de PRODUTO / BEM OU SERVIÇO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) o <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</b>?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 51i (1) Sim</p>	<p>INOPROAT __</p>

<p>451. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ções) no <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS?</b> (88 = NSA)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>ATUS11 ___</p> <p>ATUS12 ___</p> <p>ATUS13 ___</p> <p>ATUS14 ___</p> <p>ATUS15 ___</p>
<p>461. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) no <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS:</b> (88,8 = NSA)</p> <p>0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTAT1 ___ , ___</p>
<p>471. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses</p>	<p>INOATTP1 _ - _</p>
<p>481. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de produto/serviço no <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS?</b> Explique o <u>processo</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>491. Explique a trajetória destas inovações de produto/serviço no <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</b>, quem influenciou e apoiou.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>501. Esta(s) inovação(ções) no <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</b> é(são) produto(s) / serviço(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>PROATUNO ___</p> <p>PROATUME ___</p>
<p><b>INOVAÇÃO DE PROCESSO</b></p> <p>É a implementação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado. Incluem-se mudanças significativas em técnicas e equipamentos (Ex. Acolhimento).</p>	
<p>511. A sua UBS contou com alguma Inovação de PROCESSO a partir de &lt;MÊS&gt; de 2013 até a presente data?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 101I (1) Sim</p>	<p>INOVPROC ___</p>
<p>521. A(s) inovação (ções) de PROCESSO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) a <b>ESTRUTURA FÍSICA</b> da UBS?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 59I (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INPRCEST ___</p> <p>PROCESTR ___</p>

<p>53I. Se sim, qual(is) foi(ram) a(s) esta(s) inovação(ões) na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>? (88 = NSA)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>ESTQ21 ___  ESTQ22 ___  ESTQ23 ___  ESTQ24 ___  ESTQ25 ___</p>
<p>54I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ões) na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>:  (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTAEST2 ___ , ___</p>
<p>55I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses (88 = NSA)</p>	<p>INOESTP2 ___</p>
<p>56I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ões) de processo na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>?  Explique o <u>procedimento realizado</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>57I. Explique a trajetória destas inovações de processo na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>, quem influenciou e apoiou.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>58I. Esta(s) inovação(ões) na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u> é(são) processo(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>PRCESNO ___  PRCESME ___</p>
<p>59I. A(s) inovação (ões) de PROCESSO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) os <u>RECURSOS HUMANOS</u> da UBS?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 66I (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INPRCRH ___</p>
<p>60I. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação (ões) na área de <u>RECURSOS HUMANOS</u>?  (88 = NSA)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>RH21 ___  RH22 ___  RH23 ___  RH24 ___  RH25 ___</p>
<p>61I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ões) na área de <u>RECURSOS HUMANOS</u>:  (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTARH2 ___ , ___</p>

62I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses (88 = NSA)	INORHTP2 ___																						
63I. Quais fatores favoreceram a(s) essa(s) inovação(ções) de processo na área de <b>RECURSOS HUMANOS</b> ?																							
Explique o <u>procedimento realizado</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.																							
<hr/> <hr/> <hr/>																							
64I. Explique a trajetória destas inovações de processo na área de <b>RECURSOS HUMANOS</b> , quem influenciou e apoiou.																							
<hr/> <hr/> <hr/>																							
65I. Esta(s) inovação(ções) na área de <b>RECURSOS HUMANOS</b> é(são) processo(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?	PRCRHNO __ PRCRHME __																						
Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA																							
Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA																							
66I. A(s) inovação (ções) de PROCESSO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) os <b>EQUIPAMENTOS DA UBS</b> ?	INPRCEQ __																						
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 73I (1) Sim (8) NSA																							
67I. Se sim, qual (is) foi (ram) esta (s) inovação(ções) nos <b>EQUIPAMENTOS DA UBS</b> ?	EQUI21 __																						
<hr/>	EQUI22 __																						
<hr/>	EQUI23 __																						
<hr/>	EQUI24 __																						
<hr/>	EQUI25 __																						
68I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) nos <b>EQUIPAMENTOS DA UBS</b> :	NOTAEQ2 __, __																						
(88,8 = NSA)																							
<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ruim</td> <td colspan="6">Excelente</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ruim					Excelente						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
Ruim					Excelente																		
69I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses (88 = NSA)	INOEQTP2 ___																						



<p><b>70I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de processo nos <u>EQUIPAMENTOS DA UBS</u>?</b>  <b>Explique o procedimento realizado</b> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																							
<p><b>71I. Explique a trajetória destas inovações de processo nos <u>EQUIPAMENTOS DA UBS</u>, quem influenciou e apoiou.</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																							
<p><b>72I. Esta(s) inovação(ções) nos <u>EQUIPAMENTOS DA UBS</u> é(são) processo(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</b>          Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA          Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>PRCEQNO __          PRCEQME __</p>																						
<p><b>73I. A(s) inovação (ções) de PROCESSO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) os <u>MATERIAIS/MEDICAMENTOS DA UBS</u>?</b>          (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 80I (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INPRCMED __</p>																						
<p><b>74I. Se sim, qual(is) foi(ram) esta (s) inovação (ões) nos <u>MATERIAIS/MEDICAMENTOS DA UBS</u>?</b>          (88 = NSA)?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>MATMED21 __ __          MATMED22 __ __          MATMED23 __ __          MATMED24 __ __          MATMED25 __ __</p>																						
<p><b>75I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) nos <u>MATERIAIS/MEDICAMENTOS DA UBS</u>?</b> (88 = NSA):</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ruim</td> <td colspan="6">Excelente</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ruim					Excelente						<p>NOTAMED2 __ __, __</p>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
Ruim					Excelente																		
<p><b>76I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo?</b> __ __ meses (88 = nsa)</p>	<p>INMEDTP2 __ __</p>																						
<p><b>77I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de processo nos <u>MATERIAIS / MEDICAMENTOS DA UBS</u>?</b>  <b>Explique o procedimento realizado</b> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																							

<p><b>78I</b> Explique a trajetória destas inovações de processo nos <u>MATERIAIS / MEDICAMENTOS DA UBS</u>, quem influenciou e apoiou, quem influenciou e apoiou.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>79I.</b> Esta(s) inovação(ções) nos <u>MATERIAIS/MEDICAMENTOS DA UBS</u> é(são) processo(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>PRCMENO __  PRCMEME __</p>
<p><b>80I</b> A(s) inovação (ções) de PROCESSO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) o <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</u></p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 87I (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INPRCEXA __</p>
<p><b>81I</b> Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ções) no <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</u> (88 = NSA)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>EXAME21 __ __  EXAME22 __ __  EXAME23 __ __  EXAME24 __ __  EXAME25 __ __</p>
<p><b>82I.</b> Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) no <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</u> (88,8 = NSA):</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Ruim Excelente</p>	<p>NOTAEXA2 __ __, __</p>
<p><b>83I.</b> Estas inovações ocorreram em que período de tempo? __ __ meses (88 = NSA)</p>	<p>INOEXTP2 __ __</p>
<p><b>84I.</b> Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de processo no <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</u>  Explique o procedimento realizado desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>85I</b> Explique a trajetória destas inovações de processo no <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</u>, quem influenciou e apoiou.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

<p>86i. Esta(s) inovação(ções) no <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</b> é(são) processo(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>PRCEXNO __  PRCEXME __</p>																						
<p>87i. A(s) inovação (ções) de PROCESSO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) a <b>GESTÃO DA UBS</b>?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 94i (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INPRCGE __</p>																						
<p>88i. Se sim, qual(is) foi (ram) a(s) esta (s) inovação(ções) na <b>GESTÃO DA UBS</b>? 88 = NSA?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>GESTAO21 __ __  GESTAO22 __ __  GESTAO23 __ __  GESTAO24 __ __  GESTAO25 __ __</p>																						
<p>89i. Avalie na escala abaixo a importância da(s) inovação(ções) na <b>GESTÃO DA UBS</b>:  (88,8 = NSA)</p> <table border="1" data-bbox="240 719 1145 795"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ruim</td> <td colspan="6">Excelente</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ruim					Excelente						<p>NOTAGE2 __ __, __</p>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
Ruim					Excelente																		
<p>90i. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? __ __ meses (88 = NSA)</p>	<p>INOGETP2 __ __</p>																						
<p>91i. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de processo na <b>GESTÃO DA UBS</b>? Explique o <b>procedimento realizado</b> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																							
<p>92i. Explique a trajetória destas inovações de processo na <b>GESTÃO DA UBS</b>, quem influenciou e apoiou.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																							
<p>93i. Esta(s) inovação(ções) na <b>GESTÃO DA UBS</b> é(são) processo(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>PRCGENO __  PRCGEME __</p>																						
<p>94i. A(s) inovação (ções) de PROCESSO que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) o <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</b>?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 101i (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INOPRCAT __</p>																						



<p>95I. Se sim, qual(is) foi(ram) a(s) esta(s) inovação(ções) no <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS?</b> (88 = NSA)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>ATUS21 ___          ATUS22 ___          ATUS23 ___          ATUS24 ___          ATUS25 ___</p>
<p>96I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) no <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS:</b> (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTAT2 ___ / ___</p>
<p>97I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses</p>	<p>INOATTP2 _ - _</p>
<p>98I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de processo no <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS?</b>          Explique o <b>procedimento realizado</b> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>99I. Explique a trajetória destas inovações de processo no <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</b>, quem influenciou e apoiou.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>100I. Esta(s) inovação(ções) no <b>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</b> é(são) processo(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos)                      (0) Não    (1) Sim    (8) NSA</p> <p>Significativamente melhorado na UBS                      (0) Não    (1) Sim    (8) NSA</p>	<p>PROATUNO ___          PROATUME ___</p>
<p><b>INOVAÇÃO DE MARKETING</b></p> <p>É a implementação de um método de <i>marketing</i> com mudanças significativas na concepção do produto ou serviço, no posicionamento do produto ou serviço, em sua promoção (Ex.Ouvidoria).</p>	
<p>101I. A sua UBS contou com alguma Inovação de MARKETING a partir de &lt;MÊS&gt; de 2013 até a presente data?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 201I                      (1) Sim</p>	<p>INOVMRK ___</p>
<p>102I. A(s) inovação (ções) de MARKETINS que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) a <b>ESTRUTURA FÍSICA</b> da UBS?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 109I                      (1) Sim                      (8) NSA</p>	<p>INMRKEST ___</p>

<p>103I. Se sim, qual(is) foi(ram) a(s) esta(s) inovação(ões) na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>? (88 = NSA)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>ESTQ31 ___</p> <p>ESTQ32 ___</p> <p>ESTQ33 ___</p> <p>ESTQ34 ___</p> <p>ESTQ35 ___</p>
<p>104I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ões) na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>: (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTAEST3 ___ , ___</p>
<p>105I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses (88 = NSA)</p>	<p>INOESTP3 ___</p>
<p>106I. Quais fatores favoreceram essa (s) inovação(ões) de marketing na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>? Explique <u>o procedimento realizado</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>107I. Explique a trajetória destas inovações de marketing na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>, quem influenciou e apoiou.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>108I. Esta(s) inovação(ões) na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u> é(são) marketing(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>MRKESNO ___</p> <p>MRKESME ___</p>
<p>109I. A(s) inovação (ões) de MARKETING que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) os <u>RECURSOS HUMANOS</u> da UBS?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 116I (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INMRKRH ___</p>
<p>110I. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ões) na área de <u>RECURSOS HUMANOS</u>? (88 = NSA)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>RH31 ___</p> <p>RH32 ___</p> <p>RH33 ___</p> <p>RH34 ___</p> <p>RH35 ___</p>
<p>111I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ões) na área de <u>RECURSOS HUMANOS</u>: (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTARH3 ___ , ___</p>

112i. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses (88 = NSA)	INORHTP3 ___
113i. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de marketing na área de <b>RECURSOS HUMANOS</b> ?	
Explique o <u>procedimento realizado</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
114i. Explique a trajetória destas inovações de marketing na área de <b>RECURSOS HUMANOS</b> , quem influenciou e apoiou.	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
115i. Esta(s) inovação(ções) na área de <b>RECURSOS HUMANOS</b> é(são) marketing(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?	MRKRHNO ___ MRKRHME ___
Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA	
116i. A(s) inovação (ções) de <b>MARKETING</b> que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) os <b>EQUIPAMENTOS DA UBS</b> ?	INMRKEQ ___
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 123I (1) Sim (8) NSA	
117i. Se sim, qual (is) foi (ram) a(s) esta (s) inovação(ões) nos <b>EQUIPAMENTOS DA UBS</b> ?	EQUI31 ___
<hr/> <hr/>	EQUI32 ___
<hr/> <hr/>	EQUI33 ___
<hr/> <hr/>	EQUI34 ___
<hr/> <hr/>	EQUI35 ___
118i. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) nos <b>EQUIPAMENTOS DA UBS</b> :	NOTAEQ3 ___ , ___
(88,8 = NSA)	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ruim Excelente	
119i. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses (88 = NSA)	INOEQTP3 ___





<p><b>128I</b> Explique a trajetória destas inovações de marketing nos <b>MATERIAIS / MEDICAMENTOS DA UBS</b>, quem influenciou e apoiou, quem influenciou e apoiou.</p> <hr/> <hr/> <hr/>																							
<p><b>129I.</b> Esta(s) inovação(ções) nos <b>MATERIAIS/MEDICAMENTOS DA UBS</b> é(são) marketing(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>MRKMENO __  MRKMEME __</p>																						
<p><b>130I</b> A(s) inovação (ções) de <b>MARKETING</b> que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) o <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</b></p> <p>(0) Não <b>PULE PARA A QUESTÃO 137I</b> (1) Sim</p>	<p>INMRKEXA __</p>																						
<p><b>131I</b> Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ões) no <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</b> (88 = NSA)</p> <hr/> <hr/>	<p>EXAME31 __ __  EXAME32 __ __  EXAME33 __ __  EXAME34 __ __  EXAME35 __ __</p>																						
<p><b>132I.</b> Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) no <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</b> (88,8 = NSA):</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ruim</td> <td colspan="6">Excelente</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ruim					Excelente						<p>NOTAEXA3 __ __, __</p>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
Ruim					Excelente																		
<p><b>133I.</b> Estas inovações ocorreram em que período de tempo? __ __ meses (88 = NSA)</p>	<p>INOEXTP3 __ __</p>																						
<p><b>134I.</b> Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de marketing no <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</b>  Explique o procedimento realizado desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/>																							
<p><b>135I.</b> Explique a trajetória destas inovações de marketing no <b>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</b>, quem influenciou e apoiou.</p> <hr/> <hr/> <hr/>																							

<p><b>136I.</b> Esta(s) inovação(ções) no <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</u> é(são) marketing(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	MRKEXNO __ MRKEXME __
<p><b>137I.</b> A(s) inovação (ções) de MARKETING que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) a <u>GESTÃO DA UBS</u>?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 144I (1) Sim</p>	INMRKGE __
<p><b>138I.</b> Se sim, qual(is) foi(ram) esta (s) inovação(ções) na <u>GESTÃO DA UBS</u>? 88 = NSA?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	GESTAO31 __ __ GESTAO32 __ __ GESTAO33 __ __ GESTAO34 __ __ GESTAO35 __ __
<p><b>139I.</b> Avalie na escala abaixo a importância da(s) inovação(ções) na <u>GESTÃO DA UBS</u>:  (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	NOTAGE3 __ __, __
<p><b>140I.</b> Estas inovações ocorreram em que período de tempo? __ __ meses (88 = NSA)</p>	INOGETP3 __ __
<p><b>141I.</b> Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) de marketing na <u>GESTÃO DA UBS</u>? Explique o <u>procedimento realizado</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>142I.</b> Explique a trajetória destas inovações de marketing na <u>GESTÃO DA UBS</u>, quem influenciou e apoiou.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>143I.</b> Esta(s) inovação(ções) na <u>GESTÃO DA UBS</u> é(são) marketing(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	MRKGENO __ MRKGEME __
<p><b>144I.</b> A(s) inovação (ções) de MARKETING que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) o <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</u>?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 151I (1) Sim (8) NSA</p>	INOMRKAT __

<p>145I. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ões) no <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS?</u> (88 = NSA)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>ATUS31 ___</p> <p>ATUS32 ___</p> <p>ATUS33 ___</p> <p>ATUS34 ___</p> <p>ATUS35 ___</p>
<p>146I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ões) no <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS:</u> (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTAT3 ___ / ___</p>
<p>147I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ meses</p>	<p>INOATTP3 _ - _</p>
<p>148I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação (ções) de marketing no <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS?</u> Explique o <u>procedimento realizado</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>149I. Explique a trajetória destas inovações de marketing no <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</u>, quem influenciou e apoiou.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>150I. Esta(s) inovação(ões) no <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</u> é(são) marketing(s) novo(s) introduzido(s) para a população ou significativamente melhorado(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos)                      (0) Não    (1) Sim    (8) NSA</p> <p>Significativamente melhorado na UBS                      (0) Não    (1) Sim    (8) NSA</p>	<p>MRKATUNO ___</p> <p>MRKATUME ___</p>
<p><b>INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL</b></p> <p>É a implementação de um método organizacional nas práticas de gestão da empresa, na organização de seu local de trabalho ou em suas relações externas.</p>	
<p>151I. A sua UBS contou com alguma Inovação ORGANIZACIONAL a partir de &lt;MÊS&gt; de 2013 até a presente data?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 251I                      (1) Sim</p>	<p>INOVORG ___</p>
<p>152I. A(s) inovação (ções) ORGANIZACIONAL(IS) que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) a <u>ESTRUTURA FÍSICA</u> da UBS?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 159I                      (1) Sim                      (8) NSA</p>	<p>INORGEST ___</p>

<p>153I. Se sim, qual(is) foi(ram) a(s) esta(s) inovação(ões) na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>? (88 = NSA)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>ESTQ41 __ __</p> <p>ESTQ42 __ __</p> <p>ESTQ43 __ __</p> <p>ESTQ44 __ __</p> <p>ESTQ45 __ __</p>
<p>154I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ões) na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>: (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTAEST4 __ __ , __</p>
<p>155I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? __ __ meses (88 = NSA)</p>	<p>INOESTP4 __ __</p>
<p>156I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ões) organizacional(is) na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>?</p> <p>Explique <u>o procedimento realizado</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>157I. Explique a trajetória destas inovações organizacionais na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u>, quem influenciou e apoiou.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>158I. Esta(s) inovação(ões) na <u>ESTRUTURA FÍSICA</u> é(são) nova(s) introduzida(s) para a população ou significativamente melhorada(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ORGESNO __</p> <p>ORGESME __</p>
<p>159I. A(s) inovação (ões) ORGANIZACIONAL(IS) que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) os <u>RECURSOS HUMANOS</u> da UBS?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 166I (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INORGRH __</p>
<p>160I. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ões) na área de <u>RECURSOS HUMANOS</u>? (88 = NSA)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>RH41 __ __</p> <p>RH42 __ __</p> <p>RH43 __ __</p> <p>RH44 __ __</p> <p>RH45 __ __</p>
<p>161I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ões) na área de <u>RECURSOS HUMANOS</u>: (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTARH4 __ __ , __</p>



<p>162I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? __ __ meses (88 = NSA)</p>	<p>INORHTP4 __ __</p>
<p>163I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) organizacional(is) na área de <b>RECURSOS HUMANOS</b>?  Explique o <u>procedimento realizado</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>164I. Explique a trajetória destas inovações de marketing na área de <b>RECURSOS HUMANOS</b>, quem influenciou e apoiou.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>165I. Esta(s) inovação(ções) na área de <b>RECURSOS HUMANOS</b> é(são) nova(s) introduzida(s) para a população ou significativamente melhorada(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ORGRHNO __  ORGRHME __</p>
<p>166I. A(s) inovação (ções) ORGANIZACIONAL(IS) que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) os <b>EQUIPAMENTOS DA UBS</b>?  (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 173I (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INORGEQ __</p>
<p>167I. Se sim, qual (is) foi (ram) a(s) esta (s) inovação(ões) nos <b>EQUIPAMENTOS DA UBS</b>?</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>EQUI41 __ __  EQUI42 __ __  EQUI43 __ __  EQUI44 __ __  EQUI45 __ __</p>
<p>168I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) nos <b>EQUIPAMENTOS DA UBS</b>:  (88,8 = NSA)</p>	<p>NOTAEQ4 __ __, __</p>
<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	
<p>169I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? __ __ meses (88 = NSA)</p>	<p>INOEQTP4 __ __</p>



<p><b>178I. Explique a trajetória destas inovações organizacionais nos <u>MATERIAIS / MEDICAMENTOS DA UBS</u>, quem influenciou e apoiou, quem influenciou e apoiou.</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>179I. Esta(s) inovação(ções) nos <u>MATERIAIS/MEDICAMENTOS DA UBS</u> é(são) nova(s) introduzida(s) para a população ou significativamente melhorada(s)?</b>          Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA          Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ORGMENO __          ORGMEME __</p>
<p><b>180I. A(s) inovação (ções) ORGANIACIONAL(IS) que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) o <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</u></b>          (0) Não PULE PARA A QUESTÃO 187I (1) Sim</p>	<p>INORGEXA __</p>
<p><b>181I Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ões) no <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</u> (88 = NSA)</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>EXAME41 __ __          EXAME42 __ __          EXAME43 __ __          EXAME44 __ __          EXAME45 __ __</p>
<p><b>182I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) no <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</u> (88,8 = NSA):</b></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10          Ruim Excelente</p>	<p>NOTAEXA4 __ __, __</p>
<p><b>183I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? __ __ meses (88 = NSA)</b></p>	<p>INOEXT4 __ __</p>
<p><b>184I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) organizacional(is) no <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES?</u></b>          Explique o <u>procedimento realizado</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>185I. Explique a trajetória destas inovações organizacional(is) no <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</u>, quem influenciou e apoiou.</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

<p>186I. Esta(s) inovação(ções) no <u>ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES</u> é(são) nova(s) introduzida(s) para a população ou significativamente melhorada(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ORGEXNO __  ORGEXME __</p>
<p>187I. A(s) inovação (ções) ORGANIZACIONAL(IS) que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) a <u>GESTÃO DA UBS</u>?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 194I (1) Sim</p>	<p>INORGGE __</p>
<p>188I. Se sim, qual(is) foi(ram) esta (s) inovação(ções) na <u>GESTÃO DA UBS</u>? 88 = NSA?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>GESTAO41 __ __  GESTAO42 __ __  GESTAO43 __ __  GESTAO44 __ __  GESTAO45 __ __</p>
<p>189I. Avalie na escala abaixo a importância da(s) inovação(ções) na <u>GESTÃO DA UBS</u>:</p> <p>(88,8 = NSA)</p> <p>0__ 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__</p> <p>Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTAGE4 __ __, __</p>
<p>190I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? __ __ meses (88 = NSA)</p>	<p>INOGETP4 __ __</p>
<p>191I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação(ções) organizacional(is) na <u>GESTÃO DA UBS</u>? Explique o <u>procedimento realizado</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>192I. Explique a trajetória destas inovações organizacional(is) na <u>GESTÃO DA UBS</u>, quem influenciou e apoiou.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>193I. Esta(s) inovação(ções) na <u>GESTÃO DA UBS</u> é(são) nova(s) introduzida(s) para a população ou significativamente melhorada(s)</p> <p>Novo para a população (inéditos) (0) Não (1) Sim (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ORGGENO __  ORGGEME __</p>
<p>194I. A(s) inovação (ções) ORGANIZACIONAL(IS) que foi(foram) introduzida(s) para a população contemplou(aram) o <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</u>?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO A1I (1) Sim (8) NSA</p>	<p>INOORGAT __</p>

<p>195I. Se sim, qual(is) foi(ram) esta(s) inovação(ões) no <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS?</u> (88 = NSA)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>ATUS41 ___ __  ATUS42 ___ __  ATUS43 ___ __  ATUS44 ___ __  ATUS45 ___ __</p>
<p>196I. Avalie na escala abaixo o impacto da(s) inovação(ções) no <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS:</u> (88,8 = NSA)</p> <p style="text-align: center;">0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p style="text-align: center;">Ruim <span style="float: right;">Excelente</span></p>	<p>NOTAT4 ___ __, ___</p>
<p>197I. Estas inovações ocorreram em que período de tempo? ___ __ meses</p>	<p>INOATTP4 ___ __</p>
<p>198I. Quais fatores favoreceram essa(s) inovação (ções) organizacional(is) no <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS?</u>  Explique o <u>procedimento realizado</u> desde a geração da ideia até a sua implementação para cada uma das inovações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>199I. Explique a trajetória destas inovações organizacional(is) no <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</u>, quem influenciou e apoiou.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>200I. Esta(s) inovação(ções) no <u>ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UBS</u> é(são) nova(s) introduzida(s) para a população ou significativamente melhorada(s)?</p> <p>Novo para a população (inéditos)                      (0) Não    (1) Sim    (8) NSA  Significativamente melhorado na UBS                      (0) Não    (1) Sim    (8) NSA</p>	<p>ORGATUNO ___  ORGATUME ___</p>



**BLOCO 4 – ORIENTAÇÃO EM APS – PCATool/  
GESTOR RESPONDERÁ AS QUESTÕES JUNTO A EQUIPE QUE COMPÕEM A UBS**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

PCATool - Brasil versão Profissionais

**A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE**

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

PCATool - Brasil versão Profissionais

**B - LONGITUDINALIDADE**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Profissionais

**C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Profissionais

**D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Profissionais

**E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

**Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Profissionais**

**E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

**Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E14 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais**

**F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS**

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

**Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):**

- de todas as idades  
 somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)  
 somente adultos

*Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:*

*Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).*

*Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.*

*Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.*

Perguntas F1 - F3 se aplicam a todas faixas etárias

**Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Perguntas F4 - F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).					
Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"					
F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.					
Entrevistador pergunte: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Profissionais

**G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Profissionais

**H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?</b>					
H4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## APÊNDICE 2 – Questionário Gestão da APS e Presidente do CMS

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL																			
Esse estudo é parte integrante do Projeto do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul. Linha de Pesquisa: Gestão da Inovação e Competitividade.																			
BLOCO 5 – QUESTIONÁRIO SOBRE A GESTÃO DA APS DA SMS E DO CMS DE PELOTAS/RS																			
<p><b>1Q Nome do Gestor :</b> _____</p> <p><b>2Q Sexo (observar):</b> (0) Masculino (1) Feminino</p> <p><b>3Q Idade:</b> _____ anos</p> <p><b>4Q Telefone: (53)</b> _____</p> <p><b>5Q Data da entrevista:</b> ____/____/____</p> <p><b>6Q Profissão do Gestor</b>            (0) Médico (1) Enfermeiro (2) Assistente Social (3) Odontólogo            (4) Nutricionista (5) Psicólogo (6) Tecnólogo em Gestão Hospitalar            ( ) Outro, qual: _____</p> <p><b>7Q Grau conquistado:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Graduação</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Residência</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Doutorado</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>PHD</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table> <p><b>8Q Cargo na instituição:</b>            (0) secretária da Saúde (1) presidente do CMS (1) gerente (2) supervisor (3) chefe            (4) responsável            (5) outro, qual: _____</p> <p><b>9Q Tempo neste cargo:</b> _____ meses</p> <p><b>10Q Tipo de vínculo na instituição</b>            (0) Estatutário (1) CLT (2) Cooperativa (3) Contrato Temporário (4) Outro: _____</p>	Graduação	(0) Não	(1) Sim	Especialização	(0) Não	(1) Sim	Residência	(0) Não	(1) Sim	Mestrado	(0) Não	(1) Sim	Doutorado	(0) Não	(1) Sim	PHD	(0) Não	(1) Sim	<p>SEXO __</p> <p>IDADE __</p> <p>ESCGEST __</p> <p>GRADU __</p> <p>ESPEC __</p> <p>RESIDEN __</p> <p>MESTRAD __</p> <p>DOTORAD __</p> <p>PHD __</p> <p>CARGOGEST __</p> <p>TEMPCARG __</p> <p>VINCINST __</p>
Graduação	(0) Não	(1) Sim																	
Especialização	(0) Não	(1) Sim																	
Residência	(0) Não	(1) Sim																	
Mestrado	(0) Não	(1) Sim																	
Doutorado	(0) Não	(1) Sim																	
PHD	(0) Não	(1) Sim																	
INOVAÇÃO - CONCEITO																			
É a implementação de um novo produto (bem ou serviço) ou um produto (bem ou serviço) já existente significativamente melhorado, ou de um processo, ou um novo método de <i>marketing</i> , ou um novo método organizacional na prática de gestão e de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas.																			

<p><b>11Q</b> Quais processos a (SMS ou o CMS) realiza para fomentar a inovação na APS de Pelotas:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	
<p><b>12Q</b> De acordo com as categorias da escala abaixo avalie quais foram os impulsionadores dessas inovações em APS por ordem de importância:</p> <p>(1) Nenhuma importância (2) Pouca importância (3) É importante (4) Muitíssima importância (5) Muita importância</p> <p>( ) Recursos financeiros Federais</p> <p>( ) Recursos financeiros municipais</p> <p>( ) Políticas públicas em APS</p> <p>( ) Aprovação de projetos no CMS</p> <p>( ) Participação popular no CMS, representando a equipe técnica das UBS e os pacientes</p> <p>( ) Treinamento realizado com as equipes das UBS</p> <p>( ) Solicitação de mudanças e/ou alteração pela equipe de trabalho da UBS</p> <p>( ) Solicitação de mudanças por pressão dos pacientes</p> <p>( ) Solicitação de mudanças pelo Conselho Local de Saúde</p> <p>( ) Ter um canal de comunicação eficaz com as UBS</p> <p>( ) Ter um setor dedicado a inovação em APS</p> <p>( ) outros, quais:-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>RECFINFED____</p> <p>RECFINEST____</p> <p>POLITPUBL____</p> <p>APROVCMS____</p> <p>PARTICPOP____</p> <p>TREINEQUBS____</p> <p>EQTRABUBS____</p> <p>PRESSAOPAC____</p> <p>MUDCLS____</p> <p>COMUNICUBS____</p> <p>INOVAAPS____</p> <p>OUTROAPS____</p>
<p><b>13Q</b> Na sua opinião, quais são os fatores que favoreceram a inovação em APS quanto a estrutura física dos serviços de saúde:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	
<p><b>14Q</b> Na sua opinião, quais são os fatores que favoreceram a inovação em APS em recursos humanos:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	

<p>15Q Na sua opinião, quais são os fatores que favoreceram a inovação em APS em equipamentos :</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	
<p>16Q Na sua opinião, quais são os fatores que favoreceram a inovação em APS em materiais e medicamentos:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	
<p>17Q Na sua opinião, quais são os fatores que favoreceram a inovação em APS no acesso a exames:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	
<p>18Q Na sua opinião, quais são os fatores que favoreceram a inovação em APS em relação a organização e gestão do sistema de saúde:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	
<p>19Q Na sua opinião, quais são os fatores que favoreceram a inovação em APS no atendimento ao usuário: (obs. no manual pedir ampliação da pergunta para a UBS)</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	



### APÊNDICE 3 – Síntese da Revisão Bibliográfica

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
1912	Schumpeter	A teoria do desenvolvimento econômico, cuja principal proposta foi traçar o fluxo básico de características das atividades econômicas através do tempo. A noção de fluxo circular implica que em algum lugar na vida econômica, a demanda de um sistema está pronta e aguardando a cada oferta.
1934	Schumpeter	A teoria do desenvolvimento econômico. A inovação refere-se a novas combinações de recursos existentes para produzir novos produtos, ou para produzir produtos de forma de forma mais eficiente, ou ainda mesmo para acessar novos mercados. Define cinco tipos de inovação: (1) novos produtos, (2) novos métodos de produção, (3) novas fontes de matéria-prima, (4) exploração de novos mercados e (5) novas formas de organizar as empresas
1942	Schumpeter	Capitalismo, socialismo e democracia. Destruição criativa. A inovação faz com que a maioria dos mercados evoluam em um padrão característico, há períodos de relativa estabilidade, quando as empresas que possuem produtos de qualidade superior, tecnologias ou capacidades organizacionais têm resultados econômicos positivos, estes períodos são pontuadas por choques ou descontinuidades fundamentais que destroem antigas fontes de vantagem competitiva ( lucros acima da norma) e substituí -los por novos. Os empresários que exploram as oportunidades que esses choques criar conseguir lucros econômicos positivos durante o próximo período de estabilidade.
1982	Schumpeter	O desenvolvimento econômico é definido como “uma mudança espontânea e descontinuada dos canais de fluxo, que altera e desloca para sempre o estado de equilíbrio previamente existente”. O desenvolvimento não deriva de variações, mas de alterações revolucionárias, que alteram de uma vez por toda a situação anterior. As riquezas naturais que existem em cada região aliadas ao fator humano (cultura, costumes, práticas de trabalho) devem ser adaptadas a economia aos moldes de desenvolvimento econômico nacional e mundial.
1978	Abernathy e Utterback	Desenvolvimento de um modelo dinâmico que liga a trajetória de desenvolvimento de processos de produção, estratégia competitiva da empresa e o padrão da inovação baseado no ciclo de vida do produto.
1981	Drucker	A Administração por Objetivos. O enfoque que os esforços individuais devem ser reunidos para se atingir um resultado. Os funcionários podem trabalhar sem um controle superior, os gestores devem dar suporte para que eles obtenham os resultados esperados. A forma como irá fazer isso, fica relativamente a cargo dele. Trata-se, portanto, de um processo de internalização do controle e da otimização de atitudes.
1982	Nelson e Winter	Compreendem a inovação como um processo dependente da trajetória, por meio do qual o conhecimento e a tecnologia são desenvolvidos a partir da interação entre vários atores e fatores. A estrutura dessa interação afeta a trajetória futura da mudança econômica.
1982	Morin	O sistema e as suas três faces devem ser consideradas: o todo como a macrounidade onde as partes têm uma identidade própria e uma identidade comum; as interações ou o conjunto das relações que se criam no sistema; a organização com as partes expressando um caráter constitutivo das interações e dando à ideia de sistema a sua espinha dorsal. Cada elemento produz um efeito sobre o conjunto, condicionado pelos demais elementos, com trocas e interações que se articulam exercendo influência mútua e constante.
1983	Tirole	Enfatiza a importância do posicionamento competitivo para as empresas que inovam ao defender sua atual posição competitiva, assim como para buscar novas vantagens em seu mercado. Uma empresa pode ter um comportamento reativo e inovar para evitar perder mercado para um competidor inovador ou pode ter um comportamento proativo para ganhar posições de mercado estratégicas frente a seus competidores.
1984	Pavitt	Identificação da apresentação da variedade de inovações nas empresas e setores (trajetórias tecnológicas setoriais) em quatro categorias: dominadas por fornecedores que incluía o setor de serviços, produção intensiva (intensivas em escala, baseado em fornecedores especializados distintos, baseados em ciência) e informação-intensiva.
1984	Saviotti e Metcalfe	Desenvolvimento de um modelo com combinações particulares de características do serviço relacionadas a um conjunto de características técnicas. A inovação é o meio pelo qual as empresas melhoram o conjunto de características técnicas, e, portanto as características dos serviços nas quais os consumidores estão interessados, definido para

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
		bens manufaturados.
1986	Cameron	A interação dos atores com as organizações deve ser de natureza paradoxal, pois para ser eficaz uma organização deve possuir atributos que são simultaneamente contraditórios e mesmo, mutuamente excludentes. Exigindo das organizações (e de seus atores) maior capacidade de adaptação para obter êxito. Entre esses atributos de adaptação, estão: a tendência à renovação, sem perder de vista o enraizamento institucional; a abertura ao meio ambiente externo e o reforço das estruturas internas; a formação de recursos humanos, favorecendo a especialização e a generalização de papéis; a prática funcional baseada na autonomia e no controle institucional.
1986	Clemenhacem	A avaliação normativa é um a atividade comu m e m um a organização o u u m programa. Ela corresponde às funções de controle e d e acompanhamento, assim com o aos programas d e garantia d e qualidade.
1986	Facchini	A importância das equipes e do processo de trabalho, enquanto categoria abstrata permite compreender a organização e a divisão das tarefas necessárias à transformação de um dado objeto de trabalho em um produto desenvolvido, valorizado socialmente, tanto em seu valor de uso, quanto em seu valor de troca. Este processo guarda as características essenciais do modo de produção em que está inserido e, de modo mais objetivo, de seu ramo de produção, da natureza da atividade produtiva predominante
1986 e 1990	Barras	Desenvolvimento do modelo de dinâmica da inovação no chamado Ciclo Reverso do Produto. A Tecnologia da Informação (TI) representa a “tecnologia capacitadora” para o potencial da inovação em três fases evolutivas: inovação de processo incremental, inovação de processo radical e inovação de produtos.
1990	Dosi	A natureza do processo inovativo. A inovação tecnológica tem origem na necessidade de solução de um problema que os conhecimentos, até então existentes e gerados pela pesquisa, ainda não conseguiram resolver. Sendo assim, a inovação consiste em uma resposta a uma demanda de mercado e não necessariamente a um problema. É uma espécie de <i>feedback</i> dado pela pesquisa às sinalizações fornecidas pelo mercado potencialmente consumidor. A inovação deve se originar de uma combinação de necessidades sociais e das demandas do mercado, com o meio científico e tecnológico.
1990	Donabedian	A autora considerou a qualidade um fenômeno complexo a ser definido a partir dos seguintes atributos do cuidado médico: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Definiu a qualidade como um julgamento tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre o cliente e o profissional, naquilo que estas características têm de "bom" ( <i>goodness</i> ). Considerava, ainda, que a qualidade da dimensão técnica do cuidado deveria ser julgada pela sua efetividade, o que corresponde, em última análise, a considerar esses dois termos como equivalentes.
1990	Morin	O entendimento de a APS desenvolver-se e atuar em um sistema interligado com diversas outras unidades, sobre o sistema e as suas três faces: o todo como a macrounidade onde as partes têm uma identidade própria e uma identidade comum; as interações ou o conjunto das relações que se criam no sistema; a organização com as partes expressando um caráter constitutivo das interações e dando à ideia de sistema a sua espinha dorsal. Cada elemento produz um efeito sobre o conjunto, condicionado pelos demais elementos, com trocas e interações que se articulam exercendo influência mútua e constante.
1991	Gadrey	O "produto" fornecido por um prestador de serviços pode manifestar-se através dos efeitos que produz ao longo de um período mais longo ou mais curto de tempo. Esta relação de serviço compreende , por um lado , as relações operacionais ou interações ( co-produção ) e , por outro, as relações sociais que controlam e regulam ( por contrato ou convenção ) a ação em questão.
1992	Donabedian	Distingue a otimização da eficiência. A primeira corresponderia ao cuidado efetivo, possível de ser obtido através da relação custo/benefício mais favorável. Já a segunda corresponderia ao máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo. Ou seja, a noção de otimização do cuidado implica que, atingido um determinado estágio de efetividade do cuidado, melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação dos custos, o que implicaria um ponto de corte baseado na relação custo-benefício, e não no grau máximo de efetividade possível de ser atingido. Considera, ainda, como atributo a ser considerada a legitimidade, que corresponderia ao grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
		sociedade como um todo.
1992	Lundvall	Estuda a influência das instituições externas, definidas de forma ampla, sobre as atividades inovadoras de empresas e outros atores. Ela enfatiza a importância da transferência e da difusão de ideias, experiências, conhecimentos, informações e sinais de vários tipos. Os canais e as redes de comunicação pelas quais essas informações circulam inserem-se numa base social, política e cultural que guia e restringe as atividades e capacitações inovadoras. A inovação é vista como um processo dinâmico em que o conhecimento é acumulado por meio do aprendizado e da interação.
1992	Starfield	Afirma que só haverá APS de qualidade quando os seis princípios forem obedecidos e respeitados: o primeiro contato: é o acesso ao uso dos serviços; a longitudinalidade: é o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde; a integralidade: é o conjunto de serviços que atendam os problemas mais comuns da população adscrita; a coordenação: corresponde a capacidade de garantir a continuidade da atenção; a focalização na família: considera a família como sujeita da atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde; a orientação comunitária: que consiste no reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto social, econômico e cultural.
1992	Sutton	O autor trabalhou na ideia de “ <i>sunkcosts</i> ” como um comprometimento irrecuperável de recursos para entrarem novos mercados ou para criar vantagens competitivas por meio do reposicionamento da produção ou de seus resultados na cadeia de valor.
1993	Vandermerwe	A inovação é um processo de generalização das capacidades obtidas em relações específicas do cliente e, nesses casos, elas podem indicar o modo de inovação, os aspectos comportamentais da personalização do processo. Há um espaço para os clientes no processo de serviço, a fronteira entre a atividade do produtor e a do cliente é flexível. Esta flexibilidade oferece a oportunidade para novos arranjos organizacionais.
1993	Nelson	Detalha e descreve o comportamento de vários países em relação a inovação, no desenvolvimento de tecnologias de produtos e processos, e cataloga as estratégias de inovação de cada país. As diferenças nos padrões inovadores incluem tamanho e dotações de recursos, considerações de segurança nacional e crenças históricas e sociais. Os fatores que levam a um desempenho inovador eficaz incluem fortes competências essenciais, educação e formação de alta qualidade e as políticas econômicas e comerciais estáveis e facilitadoras.
1993	Gadrey	A demanda de mercado e as oportunidades de comercialização influenciam em quais produtos/serviços devem ser desenvolvidos e quais são as tecnologias bem-sucedidas.
1993	Vander AA	As realocações implicam redefinir a relação e os papéis desempenhados pelos diversos atores e muitas vezes envolvem uma sistemática pesquisa da situação dos clientes no processo de produção de serviço, requerendo mudanças nos conceitos fundamentais e nas ligações entre eles. Tal inovação é baseada na observação dos clientes, uma vez que eles possam executar certas atividades no processo de entrega no serviço que tem sido tradicionalmente feito pelos funcionários
1994	Gallouj	Reúne trabalhos que têm como ideia central a convicção de que a relação de serviço oferece oportunidades para a inovação na elaboração do serviço que superam qualquer inovação tecnológica que venha a ser adotada. Os processos e relações estabelecidas demandam a qualidade do serviço ofertado.
1994	Sundb; Gallouj	Reflete sobre a relação entre dois campos importantes a análise econômica: a economia de serviços e economia da inovação. Se a inovação e a tecnologia, em sua relação com a produção industrial, é um campo de estudo que e continua a ser o objeto de diversos trabalhos importantes, tal não é o caso inovação em serviços. O caráter supostamente “imateriais” das atividades que nós observamos no processo de inovação.
1994	Moricochi	Trabalhou a visão dinâmica do processo de desenvolvimento que caracteriza o processo de produção “como uma combinação de forças produtivas que incluem coisas em parte materiais e em parte imateriais”. Inovar significa pensar e fazer as coisas de maneira diferente.
1994	Rosenberg	Uma empresa pode ter um comportamento reativo e inovar para evitar perder mercado para um competidor inovador ou pode ter um comportamento proativo para ganhar posições de mercado estratégicas frente a seus competidores. Por exemplo, desenvolvendo e tentando impor padrões tecnológicos mais altos para os produtos que ela fabrica. Nesse sentido, a decisão de inovar geralmente ocorre sob uma grande incerteza

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
1994	Salhani	Em qualquer linguagem na qual a integração se expresse, no entanto, a incerteza é permanente – uma vez que as organizações envolvidas não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajar em um Projeto clínico nessa nova (e mais exigente) modalidade de cooperação
1995	Rogers	A difusão da inovação passa por um canal e um processo de comunicação onde as novas ideias são percebidas por membros de um sistema social. A comunicação e percepção das ideias dependem de um mútuo entendimento. A informação é o ponto chave impulsionador do processo inovativo.
1995	Drew	Argumentou que identificar os tipos de inovação e explorar as relações entre elas e as práticas de gestão e de desempenho em inovação estão particularmente defasadas, mais estudos deveriam nos prestigiar com esse enfoque. Ressalta que através da aplicação de práticas inovadoras na prestação de serviços, as empresas poderiam mudar o seu método de criação de valor para o cliente e potencializar o impacto positivo nos comportamentos dos mesmos.
1995	Gadrey	Através do desenvolvimento das relações de serviço a partir de um estudo de caso em consultorias e seguradoras propõem dimensões de inovação sob a lógica e especificidades do serviço em inovação no produto do serviço, arquitetural, modificações de serviços existentes, inovações em processos e organizacional para serviços existentes.
1995	Mendes	No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária.
1995	Schneider	A inovação é baseada na observação dos clientes, uma vez que eles possam executar certas atividades no processo de entrega no serviço que tem sido tradicionalmente feito pelos funcionários. Esses clientes podem ser vistos como empregados parciais “e a capacidade de motivá-los é crucial para o bom funcionamento do processo de entrega”.
1995	Nonaka; Takeuchi	A contribuição dos novos conceitos de inovação lançados em relação aos estudos de serviços encontra-se na atenção dirigida à multiplicidade de formas através das quais as inovações podem ser realizadas, isto é, diferentes características dos processos de inovação. Mais importante, os conceitos também se distinguem entre diferentes tipos de inovação e em relação ao grau de novidade, os quais dependem de uma aprendizagem cumulativa.
1995	Rogers	A adoção é um processo e não um evento, com diferentes preocupações, sendo dominante em diferentes fases. O processo de adoção por indivíduos é apresentado tradicionalmente como a consciência da utilização, decisão de adotar a inovação, a implementação e a confirmação da sua importância.
1995	Tirole	Enfatizam a importância do posicionamento competitivo para as empresas que inovam ao defender sua atual posição competitiva, assim como para buscar novas vantagens em seu mercado. Uma empresa pode ter um comportamento reativo e inovar para evitar perder mercado para um competidor inovador ou pode ter um comportamento proativo para ganhar posições de mercado estratégicas frente a seus competidores.
1996	Sundbo	Mostra que os estudos sobre a inovação em serviços envolvem diversos fatores que ainda precisam ser explorados como: ambiente onde estão inseridos, atores envolvidos, processos de trabalho, outras instituições com o qual mantêm relacionamentos, políticas públicas, formas de organização e gestão, gostos e necessidades dos clientes.
1996	Donabedian	Destaca o papel que pode desempenhar a avaliação em saúde no sentido de resgatar o necessário compromisso entre a academia e os serviços, entre a pesquisa e a gestão, removendo obstáculos a essa aproximação e contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional no sistema de saúde brasileiro que tenha a avaliação como atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão.
1996	Putnam	No caso do processo recente da descentralização e da municipalização da saúde, a ênfase deve ser dada nas variáveis explicativas que identifiquem inovações em serviço no contexto da gestão, no compromisso e responsabilidade pública. Estas variáveis quase sempre representam processos aparentemente simples, mas que configuram condições indispensáveis para mudanças e impactos mais substanciais, como por exemplo, no acesso

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
		e na qualidade da oferta de serviços médico-sanitários. Devem-se avaliar resultados diretamente atribuídos ao desempenho dos serviços de saúde e não as taxas de mortalidade em si, isto é, analisar as inovações que nem sempre aparecem refletidas nos clássicos indicadores de saúde da população.
1996	Vala	A inclusão de um segmento deste apanhado de dados pressupõe a detecção de indicadores relativos a este, ou seja, resulta em uma operação de atribuição de efeitos do sentido. Para analisar as entrevistas realizadas optou-se por utilizar a análise de conteúdo, que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, as mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.
1996	Susser; Susser	O delineamento é um meio de garantir relações válidas de causa e efeito entre as variáveis em estudo, permitindo a sua complementaridade.
1996 e 1997	Sundbo	Considera a inovação em serviços como um processo coletivo: uma combinação de gerenciamento estratégico e do comprometimento dos colaboradores com a empresa. Dessa forma todos estão envolvidos no processo de inovar.
1997	Gallouj	A importância das inovações organizacionais, definidas como “mudanças nas regras que governam os modos de interação entre os indivíduos em uma firma ou organização”.
1997	Campos	Pessoas obrigadas a realizar um trabalho mecânico e que somente será cumprido à custa ou de vigilância controladora ou de estímulos econômicos no estilo pagamento por produtividade. Nunca se garantirá atenção de qualidade exclusivamente a partir destes instrumentos de gestão.
1997	Hartz	A autora faz uma reflexão, que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que saúde não é mera ausência de doença, já é um bom começo, porque manifesta o mal estar com o reducionismo biomédico. Traz a tona a necessidade de se avaliar as práticas do cuidado.
1997	Schumpeter	Inovação significa fazer as coisas diferentemente no reino da vida econômica. As inovações, segundo a sua visão, podem assumir alguns pressupostos: a) introdução de um novo bem não familiar aos consumidores ou então, de nova qualidade de um certo bem; b) introdução de um novo método de produção – método ainda não experimentado dentro de certo ramo produtivo, mas que não precisa obrigatoriamente derivar de qualquer descoberta científica; c) abertura de um novo mercado, ou seja, um mercado em que o produto de determinada indústria nunca tivera acesso antes, independente de este mercado ter ou não existido anteriormente; d) descoberta de uma nova fonte de matéria prima ou de produtos semiacabados também independente desta fonte ter existido ou não anteriormente; e) reorganização de uma indústria qualquer, como a criação ou a ruptura de uma posição de um monopólio.
1997	Trivinos	O pesquisador, interpreta os dados, analisa, mas não exerce influência sobre eles. Dessa forma, exige uma delimitação precisa de técnicas para descrever aspectos ou comportamentos de uma determinada população analisada, complementando, dessa forma, os estudos exploratórios.
1998	Sirilli e Evangelista	Mapeamento do setor de serviços, através de um estudo amplo em hotéis, restaurantes, telecomunicações, bancos, seguradoras etc. de acordo com certas dimensões tais como a intensidade de gastos com a inovação, o tipo de gastos com inovação (incluindo conhecimento, intensidade de cooperação com clientes e outros agentes) e objetivos da estratégia de inovação nas empresas. Categorização da dimensão de inovação em serviços em inovação de produto e inovação de processo.
1998a	Sundbo	Existem três abordagens teóricas principais: abordagem baseada em serviços, abordagem integradora e abordagem tecnicista. A baseada em ou orientada para serviços enfatiza as especificidades de inovação em serviços e mostra inovações particulares, em especial uma grande frequência de inovações ad hoc. As inovações ad hoc são construções interativas entre organização e cliente de uma solução para um problema particular, portanto, dificilmente passível de replicação.
1998b	Sundbo	A abordagem integradora é aquela que concilia inovação de bens e serviços sob uma única teoria de inovação. São abordagens baseadas em concepções funcionais do produto e propõem dimensões de formas de inovação válidas tanto para serviços, quanto para bens. Gallouj (1998) explica que a abordagem baseada em tecnologia, ou tecnicista, pode ser resumida como a introdução de equipamentos ou sistemas técnicos na organização.

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
1998	Sundbo e Gallouj	Apresentação de tipologia da inovação no setor de serviços em produto, processo, organizacional ou gerencial e de mercado. Identificação da inovação como um processo interativo, no qual o provedor de serviço mantém ligações, com forças internas e forças externas (mobilizadas por trajetórias e atores) que conduzem a inovação.
1998	Sutton	A estruturação do sistema econômico e de inovação remete à economia de produção de bens, mais voltados à manufatura. Introduziu a ideia de “ <i>sunkcosts</i> ” como um comprometimento irreversível de recursos para novos mercados ou para criar vantagens competitivas por meio do reposicionamento da produção ou de seus resultados na cadeia de valor.
1998	Hauknes	Identificação da relação usuário-produtor como importante fonte de formação de capacidades. A inovação em serviços é considerada como um processo de generalização de capacidades obtidas nas relações específicas com o cliente.
1998	Lundvall e Björn Johnson	Os autores refletem sobre o surgimento e difusão bastante rápida do conceito de “sistema nacional de inovação”, bem como relacionam conceitos de produção e competências. Descrevem que o conceito de inovação evoluiu por uma combinação de ideias que passou de estrutura de produção e o desenvolvimento de competências que requerem aprendizados dos indivíduos e das organizações.
1998	Gallouj	O autor enfatiza que existem três abordagens teóricas principais: abordagem baseada em serviços, abordagem integradora e abordagem tecnicista. A abordagem baseada em, ou orientada para, serviços enfatiza as especificidades de inovação em serviços e mostra inovações particulares, em especial uma grande frequência de inovações <i>ad hoc</i> . As inovações <i>ad hoc</i> são construções interativas entre organização e cliente de uma solução para um problema particular, portanto, dificilmente passível de replicação.
1998	Bilderbeek	Diferentes indivíduos, em níveis distintos na organização, buscam inovações de algum modo e a experiência acumulada os ajuda a avaliar os próprios significados, desenvolvendo-os em formas práticas na prestação do serviço, buscando modos diferentes de fazer as coisas e interagindo sistematicamente umas com as outras a fim de buscar soluções inovadoras para problemas rotineiros.
1998	Mendes	Para orientar a formulação de uma proposta de redes de atenção à saúde, em três tópicos: os fundamentos da construção de redes de atenção à saúde, importantes para uma compreensão das bases teórico-conceituais que sustentam a formação de redes de atenção à saúde; o papel da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde, para sustentar a proposta de rede de atenção à saúde com o centro de comunicação nesta estratégia; e o relato de experiências de redes de atenção à saúde em vários países, agrupadas em Estados Unidos, Europa, Canadá, América Latina, outros países e Brasil.
1999	Gallouj	Relaciona as operações de serviço, ou lógicas funcionais, e trajetórias de inovação em serviços, direcionando esforços para a constituição de um modelo de análise mais adequado à diversidade do setor. Antes disso, identifica a necessidade de adicionar às lógicas funcionais de Gadrey uma nova operação de serviço: as operações metodológicas (operações de tratamento do conhecimento por métodos, rotinas codificadas, técnicas imateriais etc) ou operações de tratamento intelectual.
1999	Paim	A produção de conhecimentos no campo da Saúde Coletiva parece encontrar-se em condições de apoiar processos decisórios nos âmbitos da formulação de políticas de saúde, da organização do sistema e na seleção de intervenções para a solução de problemas específicos. No caso da vigilância sanitária, caberia qualificar os meios de vida a serem defendidos, considerando os riscos e a vulnerabilidade das distintas populações, e combinar as tecnologias pertinentes à proteção e à promoção da saúde.
1999	Gil	As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. das evidências serão utilizados como instrumento de coleta a análise documental, a observação direta e também entrevistas semi-estruturadas.
2000	Gallouj	As lógicas de serviço afirma-se que as mesmas são tipos ideais, aos quais correspondem aspectos técnicos e operacionais, suas lógicas funcionais ou operações de serviço. Cada atividade de serviço pode ser então, decomposta nestas operações de serviços, definidas em função do “suporte” em que se dá a prestação de serviço. Assim, podemos ter as

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
		seguintes situações: a primeira, diz respeito a situações que se referem à logística de objetos tangíveis, de bens. (A segunda diz respeito a operações de logística e tratamento de informações codificadas, enfim, aplicações das novas tecnologias da informação e da comunicação). A terceira consiste nas operações de serviço em contato direto ou relacional, nas quais o cliente é o suporte de um serviço direto.
1997 e 2002	Gallouj e Weinstein	Representação conceitual de um modelo de características do serviço. As características ofertadas de um bem ou serviço (mérito da representação) final corresponderiam ao resultado da mobilização das capacidades do prestador de serviço, de sua capacidade técnica e do cliente, envolvido com a prestação da atividade. Surge a inovação <i>ad hoc</i> (contingencial), ou seja, a construção social de uma solução (estratégica, legal etc.) para um problema particular apresentado pelo cliente. A inovação é resultado de um processo dinâmico de mudanças nas características.
2000	Campbell	Tem como finalidade conhecer a perspectiva do usuário sobre a <i>saúde</i> relacionada à qualidade de vida em que as mesmas se encontram. A qualidade de vida passou a ser uma variável a ser considerada ao tratamento do paciente.
2000	DenHertog	Apresentação de uma perspectiva conceitual da inovação em serviços mediante a apresentação de uma taxonomia de padrões de inovação em serviços e uma estrutura para compreender melhor quais as partes dos serviços são afetados pela inovação.
2000	Fitzsimmons; Fitzsimmons	Existe distinção entre bem e serviço. Os autores utilizam uma classificação de serviços baseada na grande interação do cliente e na intensidade do grau de trabalho. Assim sendo, destacam as seguintes características especiais que diferenciam os serviços dos bens: consumidor participa no processo da prestação do serviço; produção e consumo simultâneos do serviço; precibilidade da capacidade; seleção da localização em função dos consumidores; intensidade do trabalho; intangibilidade; dificuldade para medição da produção.
2000	Fleury; Denis	A integralidade em saúde fundamenta-se, assim, em três linguagens: a estrutural (modificação das fronteiras das organizações); a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações). Em qualquer linguagem na qual a integração se expresse, no entanto, a incerteza é permanente – uma vez que as organizações envolvidas não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajar em um Projeto clínico nessa nova (e mais exigente) modalidade de cooperação
2000	Aleixo	APS como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos de acordo com o lema “Saúde para todos no ano 2000
2000	Hertog	É necessário integrar não só as inovações advindas pelo uso da tecnologia, mas também as organizacionais, processuais, das mudanças existentes no ambiente social e das novas demandas dos clientes. Comparado à manufatura, por exemplo, a inovação em serviço é caracterizada por ter maior ênfase nas dimensões organizacionais (conceito de novos serviços, nova interface com o cliente e novos serviços no sistema de entrega) do que relativo às opções tecnológicas.
2000	Hipp	Processos de inovação em serviços têm sido conduzidos, que permitem uma avaliação mais sistemática do nível e do âmbito da inovação nos serviços. Até à data, a maior parte da literatura sobre inovação em serviços centra-se na adoção e utilização de tecnologias de informação e comunicação (TIC). Inovação em serviços e serviços de inovação, devem, no entanto, ser compreendida em termos mais amplos, e esse entendimento deve se estender a inovação não tecnológica. A partir da nossa perspectiva mais ampla, examinamos o padrão de inovação no que se refere à normalização-particularização de produtos e serviços, através de uma gama de setores de serviços e entre empresas de vários tamanhos. A produção de serviços sob medida ou personalizados em forma de entradas de cliente tem sido considerada uma característica definidora de muitos serviços, e que tem afetado o seu potencial de inovação. A presente análise revela um padrão de diversidade de comportamento, que reflete a diversidade entre as empresas de serviços, e demonstra a necessidade de análises mais sutis e diferenciadas de serviços e serviços de inovação.
2000	Mattos	A integração em saúde se alinharia ao conceito ampliado de integralidade como uma ação social resultante da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.
2000	Miles	Apesar dos serviços serem definidos de forma diferenciada por diferentes autores, existem características comumente apontadas na literatura sobre inovação nos serviços. Muitos dos

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
		serviços caracterizam-se pela intangibilidade, inseparabilidade, interatividade, variabilidade, bem como pela fraca proteção da propriedade intelectual.
2000	Starfield	A identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos de cuidado é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a APS. Além disso, a identificação empírica dos atributos da APS permite verificar a associação entre eles e os resultados (a efetividade) da atenção sobre a saúde da população. Paralelamente ao aumento da cobertura dos serviços de atenção primária no Brasil através da ESF, evidencia-se, nacional e internacionalmente, uma crescente associação entre melhores desfechos de saúde da população
2001	Contandriopoulos	O conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.
2001	Sundbo	A capacidade de inovação da maioria empresas de serviços é limitada porque os processos de inovação nestas empresas não são sistemáticos e com base em uma divisão de trabalho utilizando departamentos de inovação separados. O serviço nas empresas ainda estão à procura de melhores ferramentas e métodos com os quais melhorar a inovação, e que podem manter a sua estreita relação com os clientes, a flexibilidade e prática - base de suas atividades de inovação. Concentram a idéia de inovação baseada no usuário.
2001	Gadrey	Enfatiza o caráter relacional da prestação, fonte de sua incerteza e irreversibilidade relativamente maiores do que na produção de bens. Predominam nesta abordagem os estudos envolvendo consultorias em gestão, onde a prestação de serviço está assentada na interação com o cliente.
2001	Lavras	A utilização do termo "Atenção Primária à Saúde" (APS) expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. É senso comum também entender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados. No entanto, por trás desse relativo consenso, existem distintas concepções a respeito de seu efetivo significado. Em alguns países, a atenção primária é interpretada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços, com objetivo de responder a algumas necessidades de grupos populacionais de baixa renda, mesmo sem garantir possibilidade de acesso a outros recursos do sistema.
2001	Starfield	Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde na APS; Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral; Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação do fluxo e contra-fluxo dos acidentes entre os diversos serviços de saúde. Atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS: Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar). Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade.
2002	Gallouj	Os estudos sobre a inovação em serviços, no entanto, têm uma abrangência muito mais complexa e a sua atuação envolve diversos fatores que ainda precisam ser mais claramente explorados como: ambiente onde estão inseridos, atores envolvidos, processos de trabalho, outras instituições com o qual mantêm relacionamentos, políticas públicas, formas de organização e gestão, gostos e necessidades dos clientes.
2002	Giovanella	Iniciativa do MS em ampliar a APS, a qualidade de inovações tecnológicas assistenciais de integração de serviços revelou a ousadia e a adesão promissora dos gestores municipais às diretrizes da integralidade e da política de regionalização. Segundo o autor, os avaliadores precisam ser proativos nesse processo, resgatando claramente em seu trabalho a "visão



Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
		ideal” e os princípios do SUS, a fim de influenciar o evoluir das reformas nessa direção, ainda que seja através de modelos experimentais e parciais de integração e/ou da regionalização preconizada na Norma Operacional de Assistência à Saúde.
2002	Mendes	Analisa a rede hospitalar do SUS e constata que dos 6.473 hospitais contratados, 36,5% têm menos de 30 leitos; 21,7% têm de 30 a 49 leitos; e 21,7% têm 50 a 100 leitos. Isso significa que 79,9% dos hospitais têm até 100 leitos e, apenas, 20,1% têm mais de 100 leitos. As taxas de ocupação dos leitos hospitalares nos pequenos hospitais são inferiores a 25%. Isso gera forte des-economia de escala nessa rede. Além disso, essa rede opera da Isso é demonstrado pelos percentuais de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial que são de 53,7% nos hospitais de menos de 30 leitos, de 49,1% nos hospitais de 31 a 50 leitos, de 36,0% nos hospitais de 51 a 100 leitos e 13,3% nos hospitais de 300 a 500 leitos.
2002	Sundbo	As inovações em serviços têm abrangência mais complexa que a praticada na indústria, pois a sua atuação envolve diversos fatores que ainda precisam ser claramente explorados: o ambiente onde estão inseridos, os atores envolvidos, os processos de trabalho e a forma pela qual mantêm relacionamentos com outras instituições, as políticas públicas, formas de organização e de gestão; as necessidades dos clientes e fornecedores – além de uma gama de cenários difíceis de mapear.
2002	Bodstein	Desafios da avaliação de políticas públicas perante a contínua e permanente separação entre a formulação e a implementação dessas políticas. Conseqüências disso podem ser observadas na distância entre o discurso político institucionalizado e sua expressão operacional. Em países como o Brasil, o compromisso político assumido e explicitado em documentos oficiais demarca um território de possibilidades, mas não a efetivação da intenção em gesto. Para a autora, programas e projetos de intervenção que, na prática, traduzem uma orientação e uma decisão política previamente tomada, não garantem sua execução e ou implantação, trazendo a indagação sobre em que medida uma determinada intervenção foi ou não de fato implantada.
2002	Gil	A pesquisa exploratória tem o intuito de identificar padrões e ideias quanto à trajetória institucional, buscou-se relatar as tendências gerais de evolução das regulamentações e das políticas públicas que fomentam a inovação. Assim, envolveu o levantamento documental sobre o tema em fontes secundárias. Os resultados dos embasaram as discussões teóricas das relações estudadas.
2002	Negri	A dinâmica descentralizadora demandou novos arranjos organizacionais que envolveram novos atores e contextos locais diversos, e, portanto, pela organização de cenários em APS, conforme a realidade local da população adstrita. A dificuldade é dada, sobretudo, pela compreensão de como tais mudanças geram impactos diversos, quer na reorganização das Secretarias Municipais, quer na estrutura e na composição da rede ou dos sistemas locais, na extensão e na qualidade da assistência e, enfim, nas condições de acesso aos Serviços de Saúde.
2003	Ark	Pesquisa e desenvolvimento (P&D) formal e – de modo mais amplo – o caráter tecnológico da inovação não são características tão importantes para o processo inovativo no setor de serviços, em relação à manufatura. Por outro lado, as inovações organizacionais são consideradas como muito importantes por um grande número de autores. A importância da força de trabalho e dos clientes para a inovação também encontra uma ampla ressonância entre os autores
2003	Barros	Para avaliar o efeito das várias exposições pode utilizar o modelo de regressão multivariável por Regressão de Poisson com estimativas robustas de variância.
2004	Drejer	Abordagem conceitual do papel dos serviços profissionais como fatores de produção nas indústrias, a dimensão do relacionamento externo da inovação e a experiência de campo da inovação. Consideração da limitação das inovações <i>ad hoc</i> em serviços por não serem reprodutíveis, determinando que essa visão não passa de uma aprendizagem cumulativa.
2004	Hartz	No setor de prestação de serviços de saúde, especificamente na Atenção Primária à Saúde – APS, os estudos quando envolvem o tema inovação privilegiam a forma de organização e a cooperação dos serviços, as novas tecnologias diagnósticas no tratamento e prevenção de doenças e em dados epidemiológicos que balizam as ações em saúde, existindo uma lacuna para a investigação na análise das relações e dos processos estabelecidos para inovar em APS.
2004	Mccrudden	O Estado deixa de cumprir somente a função reguladora e passa a desempenhar funções de

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
		consumidor, assumindo, na maioria das economias, o papel de maior comprador individual de bens e serviços. As decisões de compra do Estado impactam, portanto, não apenas nos produtos e serviços adquiridos, mas também em seus fornecedores. As políticas de saúde, nesse contexto, são respostas sociais aos problemas de saúde e seus determinantes para a produção, atuam na distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde de indivíduos e populações.
2004	Tether	Para construir processos sistemáticos de inovação em serviços é a sua natureza multidisciplinar e a interação entre os atores. É necessário integrar não só as inovações advindas pelo uso da tecnologia, mas também as organizacionais, processuais, das mudanças existentes no ambiente social e das novas demandas dos clientes. Comparado à manufatura, por exemplo, a inovação em serviço é caracterizada por ter maior ênfase nas dimensões organizacionais.
2005	Djellal e Gallouj	Apresentação de uma grade analítica de geração da inovação através da decomposição funcional do serviço em o produto da prestação de serviços elementares, o suporte da prestação de serviços, as características dos serviços e a competência do prestador.
2005	Von Hippel	Os conceitos destacam que a inovação de serviço deve ser coproduzida com os usuários finais (ou seja, inovação orientada pelo usuário, bem como outras fontes externas de conhecimento).
2005	Cassiolato e Lastres	A inovação constitui-se em um processo de busca e aprendizado que se determina socialmente, fortemente influenciado por formatos institucionais e organizacionais específicos, como diversidade regional, especificidades locais, formas de organização e gestão. Assim, existem diferenças entre a forma de inovar de um país para outro, de uma região do mesmo país para outra e, até mesmo, de um local para outro.
2005	Greenhalgh	No setor de prestação de serviços de saúde, especificamente na Atenção Primária à Saúde – APS, os estudos quando envolvem o tema inovação privilegiam a forma de organização e a cooperação dos serviços, as novas tecnologias diagnósticas no tratamento e prevenção de doenças e em dados epidemiológicos que balizam as ações em saúde, existindo uma lacuna para a investigação na análise das relações e dos processos estabelecidos para inovar em APS.
2005	Hall	A Teorias da Difusão está centrada nos fatores que afetam as decisões das empresas sobre a adoção de novas tecnologias, no acesso delas a novos conhecimentos e na sua capacidade de absorção. Assim, as abordagens sistêmicas da inovação alteram o foco das políticas em direção a uma ênfase na interação entre instituições e observam os processos interativos na criação, difusão e aplicação de conhecimentos.
2005	Halvorsen	A inovação constitui-se em um processo de busca e aprendizado que se determina socialmente, fortemente influenciado por formatos institucionais e organizacionais específicos, como diversidade regional, especificidades locais, formas de organização e gestão. Assim, existem diferenças entre a forma de inovar de um país para outro, de uma região do mesmo país para outra e, até mesmo, de um local para outro.
2005	Victora; Habicht	O efeito da política de saúde no desempenho do sistema de saúde e na assistência da população é resultante de um sinergismo entre os determinantes vinculados à própria política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e ao estado de saúde das populações.
2005	Lam	Analisa a relação dinâmica e multi-nível entre a organização e inovação a partir de três perspectivas diferentes, mas interdependentes: a) a relação entre formas estruturais de organização e capacidade de inovação; b) a inovação como um processo de aprendizagem organizacional ea criação de conhecimento; e c) capacidade organizacional para a mudança e adaptação. O documento argumenta que a inovação organizacional pode ser uma pré-condição necessária para a inovação tecnológica, e, portanto, é importante ter em maior consideração o papel das forças organizacionais endógenos, tais como capacidade de aprendizagem, valores, interesses e poder na formação da transformação organizacional e tecnológica alterar.
2005	Matta	O objetivo de discutir o surgimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma agência especializada de âmbito internacional, seu funcionamento, os principais marcos históricos e políticos e as estratégias de luta pela hegemonia no cenário sanitário internacional. Dois momentos fundamentais na influência da OMS nas políticas de saúde internacionais foram identificados: o Programa Saúde para Todos (2000) e a política promovida pela gestão Gro-Brundtland (1998-2002) na direção da OMS, período em que

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
		são realizadas profundas transformações nas políticas de saúde internacionais e, em especial, em que há a necessidade de estabelecer nexos metodológicos e políticos com as estratégias de globalização da economia e com as políticas de saúde globais.
2005	Scherer	Propõe uma reflexão sobre as possibilidades da Estratégia de Saúde da Família significar uma ruptura com o modelo clínico/biológico historicamente hegemônico na conformação das políticas de saúde do Brasil. Aborda a mudança do modelo de atenção à saúde implicada na consolidação do SUS, com foco principal em sua dimensão político-operacional. Analisa o SUS como expressões paradigmáticas exemplares para a análise do processo de transição e de crise que caracteriza o atual momento de reformulação do pensamento e das práticas em saúde. Finaliza considerando que a mudança paradigmática na saúde não se limita à Estratégia Saúde da Família, mas engloba todo o Sistema de Saúde.
2006	DeVries	Operacionalização da abordagem de características da inovação em serviços através da introdução de vetores que representam a própria tecnologia do cliente e tecnologias de outros fornecedores e competências.
2006	Alam	Segundo o autor, os processos podem facilitar e suportar a inovação, e a participação das pessoas como geradora de ideias, conhecimentos e práticas derivadas se tornam fundamentais neste processo.
2006	Facchini	Estudos nacionais demonstraram os benefícios de serviços de saúde orientados pelos atributos da APS, em termos de diminuição do número de internações e da utilização de serviços de emergência, aumento de ações preventivas e cuidados domiciliares.
2006	Gil	Alguns autores utilizam os termos APS e ABS como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência. Igualmente, parte dos artigos analisados utiliza-se do termo APS enquanto serviços de saúde do primeiro nível de atenção, indo ao encontro de sua definição como porta de entrada para o sistema, tendo, nas UBS, sua instância operacional com nível próprio de atendimento.
2006	Vargas	As empresas de serviços e, em especial, aquelas ligadas ao tratamento, prevenção e cuidado da saúde são apenas moderadamente cientes da inovação como um meio para o desenvolvimento da empresa, para obter uma melhor competição e posição no mercado e para crescer em volume de negócios e lucro.
2006	Vargas; Zawislak	A análise do processo de inovação em serviços é recente na literatura, onde este foi tradicionalmente considerado um processo decorrente das inovações engendradas na indústria. Destacam-se, nesta perspectiva, três abordagens: a tecnicista, baseada nos serviços, e a integradora. Esta última, em especial, destaca-se pela tentativa de estabelecer uma teoria única da inovação, que contemple tanto a indústria quanto os serviços, constituindo as conceituações necessárias para diferenciar suas especificidades. Neste sentido, este artigo procura investigar as bases teóricas para a aplicação da abordagem dos sistemas de inovação sobre o processo de inovação em serviços e, em especial, a consideração de uma dimensão espacial, local ou regional, a ser considerada em futuras investigações empíricas.
2007	Rubalcaba	Com o colapso das fronteiras setoriais, os produtos cada vez mais oferecem um <i>mix</i> de bens e serviços, e os serviços são dimensões relevantes de atividade econômica em todos os setores, como agricultura ou fabricação. Esta é uma distintiva característica da nova economia de serviços, a qual empurra a inovação de serviço como uma questão fundamental para a pesquisa de serviço, sendo um componente essencial de fabricação e de esforços das empresas para tornar-se competitivo. Portanto, inovação em serviços, nesta dimensão, é tão importante quanto o que a dimensão setorial.
2007	Gallouj	A questão da inovação nos serviços ainda é frequentemente assimilada a sistemas técnicos advindos do setor industrial devido, entre outros fatores, à sua intangibilidade. Na chamada “economia do conhecimento”, as atividades de serviços intensivos em conhecimento ou knowledge-intensive business services (Kibs) têm desempenhado papel fundamental na geração de externalidades positivas em processos de produção e difusão do conhecimento e de inovações. Esse contexto passa por uma importante transição de uma economia de produção para uma economia de conhecimento, da qual os serviços de software fazem parte, inserindo-se no conjunto dessas atividades denominadas intensivas em conhecimento.
2007	Mendes	No Brasil, a atenção à saúde ainda está organizada em três níveis hierárquicos: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária: a) a APS compreende o primeiro nível de

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
		contato dos indivíduos, da família e da coletividade com o sistema de saúde; b) a atenção secundária compreende o cuidado provido por médicos especialistas, normalmente em um hospital, mas sem inviabilizar o provimento de alguns serviços especializados na comunidade; c) a atenção terciária compreende os serviços médicos e laboratoriais de alta complexidade tecnológica e de custo geralmente alto.
2007	Paim	No Brasil, a atenção à saúde ainda está organizada em três níveis hierárquicos: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária: a) a APS compreende o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da coletividade com o sistema de saúde; b) a atenção secundária compreende o cuidado provido por médicos especialistas, normalmente em um hospital, mas sem inviabilizar o provimento de alguns serviços especializados na comunidade; c) a atenção terciária compreende os serviços médicos e laboratoriais de alta complexidade tecnológica e de custo geralmente alto. Ao se detalharem os níveis de atendimento, conforme a Figura 1, consegue-se visualizar a organização da saúde no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), referente aos percentuais destinados a cada nível de assistência (QUALISUS, 2007) e sobre a organização em níveis de atenção
2007	Ribeiro	Com o movimento sanitário, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial. Com isso, surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam o fortalecimento de um sistema de saúde unificado e descentralizado, voltado para as ações integrais. Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da Previdência Social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos.
2007	Vargas	O artigo aborda o processo de inovação em serviços, discutindo se o mesmo possui um caráter endógeno ou exógeno. A teoria da inovação, em suas principais elaborações, privilegia a indústria e considera as inovações em serviços como resultado do processo de difusão de inovações industriais. Com base em um estudo de casos, considerando inovações introduzidas em oito hospitais porto-alegrenses, avaliou-se a relação entre as inovações introduzidas nesses hospitais e a estratégia previamente definida. Os resultados apontam que o processo de inovação nos casos estudados é endógeno e que as diferenças verificadas na trajetória de cada organização estão associadas às estratégias adotadas segundo as estruturas de governança específicas em que cada uma está inserida, e não com o impacto das inovações advindas da indústria.
2008	Windrum e García-Goñi	Operacionalização da abordagem de características da inovação em serviços através da introdução do vetor de preferências e capacidades de políticas públicas. Adicionalmente, abordam inovação incremental, radical e a tipologia da inovação nas cinco dimensões schumpeterianas.
2008	Sundbo	A abordagem teórica é baseada no atual quadro conceptual sobre inovação e serviço novo Gestão pública e tem desenvolvido um quadro teórico que justifica a elaboração de um modelo conceptual original, o que sugere que a capacidade inovadora da municipal serviços desportivos é diretamente influenciado pelas atividades ou processos de inovação e, indiretamente, por fatores relacionados à estrutura, estratégia e contexto.
2008	Dias	Estudos epidemiológicos demonstraram que a utilização de serviços básicos de saúde ficou facilitada após a criação e ampliação da rede ambulatorial. O número de hospitais permaneceu constante no período do estudo. O estágio de municipalização da saúde está implantado na forma de gestão plena do sistema. Portanto, como uma tentativa de se avaliar a qualidade da rede de atenção básica realizou-se estudo para verificar, mediante análise de tendência, algumas doenças classificadas como hospitalizações evitáveis em Pelotas, no período entre 1995 e 2004.
2008	Facchini	Num contexto de marcantes desigualdades sociais e escassez de recursos públicos para o financiamento do setor saúde, a avaliação é essencial para estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população. Desde 1990, tem crescido a pressão da sociedade, de governos e de agências financiadoras por avaliação regular dos resultados das políticas de saúde e dos investimentos públicos. Em muitos países, as exigências foram incluídas na legislação e nas atividades administrativas. No Brasil, na última década, também cresceu a utilização de avaliações em saúde para justificar estratégias e programas, auxiliar na racionalização dos gastos públicos, subsidiar a elaboração de ações setoriais e a difusão de seus resultados.

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
2008	Sundbo; Hagedorn	Inovação em experiências acompanha o desenvolvimento de inovações em serviços, tornando-se mais estratégica. O desenvolvimento de novos elementos da experiência também se torna cada vez mais orientada para o desenvolvimento provável de um segmento de mercado selecionado e, portanto, mais estratégica. Isto significa que as inovações dirigidas para o consumo devem também expressivas tornar mais estratégico. As empresas exigem conhecimento psicológico e sociológico sobre como experiências são formados na mente dos receptores. Tal conhecimento é valioso contributo para a inovação. Inovação de elementos de experiência, portanto, é caracterizada por dois desenvolvimentos que parece ser contraditória: Um fortalecimento do laboratório impulso criativo e um reforço orientada para puxar o cliente. A contradição parece ser resolvida pela orientação estratégica puxar tornando-se o superior, mas o quadro estratégico é preenchido por artístico, tecnológico e outros criatividade.
2009	Bittencourt	Os responsáveis/gestores das unidades deveriam ter uma ótima relação com a Central de Regulação de Leitos, visto este serviço estar diretamente ligado à assistência e, se funcionar adequadamente, desafoga o Pronto Socorro Municipal (PSM), que hoje serve de porta de entrada dos usuários encaminhados pelas UBS na busca por um leito para internação.
2009	Moreira	O papel importantes nesse contexto assistencial é desempenhado pelo governo: o governo enquanto mercado potencial e gerador de requisitos para as soluções inovadoras desenvolvidas pelas empresas; e o governo enquanto gerador de novas condições de mercado a partir do estabelecimento de novos requisitos e parâmetros para as soluções inovadoras adquiridas das empresas desenvolvedoras, o governo enquanto financiador de serviços em saúde pública
2010	Den Hertog e Rubalcaba	Um final característico da inovação em serviços reflete seu papel na política. Ou seja, a política é crítico para os fabricantes e para a inovação dos serviços, suas características e o seu papel transformador atraiu mais atenção no mundo em países emergentes, no sentido de liderar o caminho no desenvolvimento de serviço e políticas de inovação. A justificativa para tais políticas sugerem a necessidade de um menu de política de inovação de serviço.
2010	Den Hertog	Embora Schumpeter não mencione a inovação de serviço explicitamente, ele explica as dimensões inovadoras que incluem a comercialização e inovação organizacional, e fez com que a natureza coprodutiva dos serviços fosse explorada como fator essencial a inovação em serviços.
2010	Gallouj; Djellal	Os estudos sobre inovação são fragmentados e parciais, pois tratam o setor público como criador de arcabouço legal regulatório, financiador de atividades de inovação ou produtor de bens complementares. Poucas vezes, como protagonista de processos de inovação.
2010	Gallouj; Savona	Analisa o debate sobre a inovação em serviços que floresceu ao longo da última 20 anos e sugere uma agenda de pesquisa para a literatura serviços de inovação. Discutimos se, e na medida em que, o mal- definição e mis- medição da produção de serviços ter influenciado a conceituação e análise da inovação em serviços. Propõem uma reclassificação da literatura em função do facto de ter sido principalmente assimilado ou diferenciadas segundo a conceituação tradicional de inovação na setor industrial. Também revisamos o integrativa (ou síntese) contribuições, e sugerir uma taxonomia para os modos de inovação em serviços, com base no Lancasterian abordagem para a definição do produto com base em características. Concluímos com um resumo do argumentos -chave e uma proposta de agenda para a teoria evolutiva para integrar o conceituação de inovação nos serviços.
2010	Silveira	No Brasil, são escassos os estudos sobre o perfil da gestão da atenção básica à saúde, apesar da crescente produção científica observada recentemente. O artigo busca contribuir para o preenchimento dessa lacuna, descrevendo criteriosamente a gestão da atenção básica à saúde nas esferas do trabalho, da educação, da informação e da comunicação, no contexto de municípios de grande porte de sete estados do Sul e Nordeste do Brasil. Os achados do estudo constituem uma linha de base da gestão da atenção básica à saúde, oportunizando sua reavaliação em um futuro próximo.

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
2011	Sundbo; Tavoinen	Os empregados são equivalentes à tecnologia na fabricação, ou seja, realizam os atos constitutivos do serviço “produto”, portanto, possuem o conhecimento necessário para executar essas ações usando a tecnologia disponível. Além disso, a comunicação entre funcionários e clientes é importante, podendo melhorar a percepção dos clientes frente à qualidade do serviço ofertado, sugerindo ideias capazes de levar a inovações.
2011	Paim	O autor refere que é incrível que a proposta da Atenção Primária à Saúde (APS) continue a despertar reflexões e debates após três décadas da realização da Conferência de Alma-Ata. A vigência da proposta à imprecisão dessa expressão, o que permite a mistura de várias concepções. Assim, pode-se entender a APS como um dos níveis de atenção onde ocorreria o primeiro contato de uma pessoa com o sistema de saúde, como um programa focalizado e seletivo com oferta limitada de serviços dirigida a populações pobres ou, ainda, como uma estratégia de reorientação de sistemas e serviços de saúde.
2011	Souza	Em relação à regulação de leitos. Chama a atenção para a pouca integração no sistema público de saúde do município, pois este vínculo é de suma importância para o nível primário de atenção.
2012	Galego	Inovações organizacionais são muitas vezes negligenciadas na teoria da inovação. A mudança organizacional tem um impacto sobre a produção da empresa, primeiro diretamente e o segundo, através de sua inter-relação com a inovação técnica. O autor enfatiza que a inovação organizacional é de particular relevância no caso de pequenas empresas. Os resultados deste trabalho sugerem que, em contraste com as grandes empresas, as pequenas empresas apresentam um padrão de inovação, que complementa a inovação organizacional com P&D.
2012	Rubalcaba	Inovação em serviços em perspectiva multidimensional. A dimensão setorial refere-se à inovação no âmbito do setor de serviços, públicos ou privados. Tais inovações abrangem macro - e meso nível econômico, em que o setor de serviços representa cerca de 70 por cento dos empregos totais e o número de empresas na União Europeia (UE) e Estados Unidos. As economias mais avançadas estão orientadas para o setor de serviços, e a inovação neste nível macro ou meso-setorial pode afetar a maior parte das sociedades. Inovação é a chave para que os serviços superem os tradicionais mitos.
2012	Sorensen	Explora a sustentação empírica do conhecimento que foi apresentada na literatura acadêmica sobre inovação no sector público. Este conhecimento empírico é importante integrar os conhecimentos desenvolvidos e para identificar uma agenda de investigação, contribuindo assim para uma maior institucionalização da inovação na administração pública. As revisões sistemáticas diferem das avaliações tradicionais da literatura em que que seja replicável e transparente. Elas envolvem várias etapas explícitas, tais como: identificação das publicações relevantes susceptíveis de uma forma padronizada; extrair dados de estudos elegíveis e sintetizar os resultados.
2012	Sorensen e Alam	As teorias de inovação em serviços que precisam explicar melhor como os processos podem facilitar e suportar a inovação, e na participação das pessoas como geradora de ideias, conhecimentos e práticas derivadas. Segundo os autores, as características dos diferentes processos de inovação em serviços são baseadas nas condições organizacionais que podem facilitar o processo inovativo.
2012	Sorensen; Jensen	As relações e os processos estabelecidos, a forma de organização dos serviços e os meios utilizados na sua prestação são características importantes de cada setor específico, tornando cada prestação de serviço única quanto ao produzido sob uma demanda específica e de acordo com as relações e interações estabelecidas com o cliente.
2012	Boing	Descreveu as tendências de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária entre 1998 e 2009 no Brasil. Com um estudo ecológico de séries temporais com dados secundários referentes às internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Sistema Único de Saúde. Houve redução substancial nas internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998 e 2009, porém algumas doenças apresentaram estabilidade ou acréscimo, exigindo atenção do setor saúde.
2012	Minayo	Segundo a autora, primeiro é preciso conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, é levar em conta a singularidade do indivíduo, porque a sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
		grupo em que ela se insere.
2012	Nunes	A maioria das unidades que proporcionavam campo de estágio e estudo estava ligada ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), se materializa como uma política indutora de novas relações entre instituições de ensino de nível superior e a assistencial, permitindo nessas interações e pelo trabalho, o aperfeiçoamento de profissionais da saúde, a formação acadêmica por meio de estágios de estudantes da área da saúde em disciplinas curriculares desenvolvidas nos cenários de práticas assistenciais, em estreita proximidade com a comunidade.
2012	Nodari	O objetivo da tese foi analisar a dinâmica das inovações no serviço público da APS. Considerando o ambiente público, propôs-se que a APS possui uma lógica estruturada para o desenvolvimento das inovações a partir de interações constantes entre diferentes agentes na produção do serviço.
2012	Castro	O objetivo do estudo foi comparar a qualidade da atenção à saúde do adulto entre diferentes tipos de serviços. A qualidade da atenção foi medida por meio de entrevistas sobre a experiência de médicos e enfermeiros com os serviços (n = 340), utilizando-se, para isso, o Primary Care Assessment Tool. O Escore Geral de APS atribuído à ESF, ao CSEM e ao SSC foi significativamente maior do que o atribuído às UBS. O SSC apresentou também Escore Geral de APS significativamente maior do que o atribuído à ESF e ao CSEM. No modelo multivariável, ter "especialidade na área de APS" e referir "oferta de educação continuada" mostraram-se associados com a prevalência de alto Escore Geral. Dessa forma, a ampliação da cobertura da ESF e o investimento na formação profissional são estratégias para qualificar a APS no município.
2013	Sorensen e Sundbo e Mattsson	Os autores investigam as condições organizacionais para a inovação baseada no encontro do serviço. Seu foco está na parte crucial inicial do processo de inovação em que ideias e novas práticas são desenvolvidas por funcionários da linha de frente e integrado na organização. O trabalho mostra que a inovação varia entre as organizações de serviço devido a diferentes condições organizacionais.
2013	Nodari	A inovação desempenha um diferencial na resposta às necessidades globais de saúde, pois representa a mudança que incita a evolução das organizações e conduz à maior eficiência de seus processos por meio da alocação apropriada de recursos. O artigo tem como contribuição destacar em nível acadêmico o debate sobre a qualidade de serviços, as ações de saúde e a inovação, estimulando a compreensão das relações entre eles. Em nível organizacional, a contribuição apresenta um diagnóstico local da inovação no contexto das ações de atenção à saúde, demonstrado pela relação das variáveis a serem gerenciadas, para o desenvolvimento adequado dos recursos sanitários locais e a promoção da qualidade de vida para a população adscrita.
2013	Rasia	As inovações estavam associadas a investimentos na UBS e no modelo de atenção ESF, que impulsiona as equipes a formalizarem as suas ações e trabalharem de forma articulada. Esta sinergia leva a melhores indicadores em inovação.
2013	Duncan	Em resumo, a promoção da saúde e o tratamento efetivo das enfermidades não dependem apenas da aplicação qualificada pelos profissionais de condutas bem embasadas. A estrutura e o funcionamento do sistema de saúde onde as equipes de saúde atuam também determinam os resultados alcançados. Assim, a partir do contexto ofertado em saúde, pode-se aferir a qualidade assistencial praticada, pois não há como dissociar o ambiente de análise das práticas que o circunscrevem, ou seja, a qualidade percebida/sentida pelos usuários desse serviço.
2014	Parmar	A inovação em serviços tem se concentrado em oportunidades geradas pela explosão de informações e ferramentas digitais. Simplificando a questão de como criar valor à organização e aos clientes usando dados e ferramentas analíticas que as instituições têm acesso, como as TICs. Elas facilitam a busca por novos padrões como: aumentar o nível de produtos que possam gerar dados importantes; digitalizam os ativos; partilham dados dentro e entre as empresas (dados de negociação). Levando a uma capacidade de serviço distinta.
2015	Rasia	Analisar a relação entre as forças internas e forças externas na inovação em serviços no município de Pelotas/RS. As inovações foram impulsionadas pelos recursos governamentais, através da adesão por parte da SMSPEL aos projetos lançados do MS como a ESF, Mais Médicos, PROVAB e PMAQ, entre outros.

Ano	Autor	Artigos/Revisões/Livros/Dissertações/Teses
2015	Chen	Inovação em serviço é um meio de ganhar vantagem competitiva. Além disso, a prestação de serviços desempenha um papel fundamental nas interações com os clientes. A inovação na prestação de serviços contribui para firmar o desempenho organizacional, sendo fundamental a orientação do serviço para a inovação, e na utilização das TICs como meio de inovar.
2015	Barret	Na abordagem contemporânea dos processos de inovação em serviço, destacam-se as TICs como ferramentas tecnológicas utilizadas na prestação de serviços, que contribuem para a produtividade e eficiência das empresas e que podem, ao longo do tempo, levar a mercados inteiramente novos. TICs têm um papel fundamental e transformador como recursos em inovação de serviços (BARRET, 2015).
Ano	Autor	Documentos utilizados
1964	OPAS	Informe sobre el futuro de los servicios de salud y afines
1978	OPAS	Declaração de Alma-Ata
1979	ONU	Diretrizes para Coleta e Interpretação de Dados sobre Inovação
1988	Constituição	Constituição da República Federativa do Brasil
1990	MS Lei 8080	Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
1992	OPAS	Declaração de Alma-Ata
1997	MS	Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial
2000	OMS	The world health report 2000: health systems, improving performance
2001	MS Portaria n. 95	Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso
2002	MS Portaria n. 2048	Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência
2002	Institucionais	Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”
2005	OECD	Diretrizes para Coleta e Interpretação de Dados sobre Inovação
2006	CNES	Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Brasília
2006	MS	Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados
2006	CONASS	CONASS Documenta
2007	QualiSUS	Projeto QUALISUS: firmado entre a organização das nações unidas para a educação, a ciência e a cultura – Unesco
2008	CONASS	CONASS Documenta
2009	MS Portaria n. 2.372	Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família
2010	MS	Manual do instrumento de avaliação de atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool <i>PCATool</i>
2011	MS Portaria n. 2.488	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde
2011	Fiocruz	Relatório de atividades: 2010
2012	IBGE	Pesquisa de Inovação Tecnológica – PINTEC
2014	IBGE	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
2014	SMS	Plano Municipal de Saúde
2015	MS SIOPS	Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS)
2015	CMSPEL	Regimento interno de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde
2015	Portal Brasil	Portal Brasil – Governo Federal



## APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O estudo **INOVAÇÃO EM SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PELOTAS** é parte integrante do Projeto do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul. Linha de Pesquisa: Gestão da Inovação e Competitividade. Seu objetivo é analisar a inovação em serviço no contexto da APS na cidade de Pelotas/RS. Farão parte do estudo, profissionais, gestores em APS do município que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder as questões de um instrumento de pesquisa (questionário) que contém perguntas sobre o seu trabalho, o contexto da inovação em APS e a orientação em APS. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, e a entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado (a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado (a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Profissional                      Nome Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Pesquisador(a)                      Nome Data

Pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_


## ANEXOS 1- Parecer sobre Projeto de Pesquisa SMS

---

Pelotas, 14 de março de 2014.

### PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA

Em relação à solicitação realizada pela Sra. Isabel Cristina Rosa Barros Rasia, vinculada ao Programa de Pós Graduação da Universidade de Caxias do Sul, nível Doutorado, e, Professora Assistente da Universidade Federal de Pelotas - UFPEL, para realizar a pesquisa intitulada: INOVAÇÃO EM SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PELOTAS/RS, esta Secretaria manifesta o ACEITE à referida pesquisa.



Ana Lúcia Costa  
Superintendência de Ações em Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura de Pelotas

Ana Costa  
Superintendência de  
Ações em Saúde  
SMS PELOTAS

## ANEXOS 2 – Parecer Plataforma Brasil

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PELOTAS



Continuação do Parecer: 631.913

serviços são baseadas nas condições organizacionais que podem facilitar o processo inovativo. A teoria de base utilizada para este trabalho de Sundbo e Gallouj (1998), do Projeto sobre Sistemas de Inovação em Serviços na Europa (SI4S); corrobora nesta visão, das condições organizacionais para a inovação, pois os autores interpretam que o processo de inovação em serviços é essencialmente um processo interativo, em que o provedor dos serviços mantém ligações internas e externas que conduzem à inovação; e a forma de organização destas forças e suas trajetórias definem um padrão de inovação. O método a ser utilizado para a análise dos resultados possui natureza aplicada, de abordagem qualitativa e quantitativa, com objetivos exploratório e descritivo, como técnica de pesquisa será utilizada uma survey. A pesquisa empírica será aplicada a população de gestores na APS de Pelotas, incluindo a Secretária do Município e todos os gerentes (chefes) ligados à APS, o Presidente do Conselho Municipal de Saúde e os gestores das 51 UBSs da cidade, que responderão a um questionário com perguntas abertas e fechadas que resultará em informações sobre as características dos gestores e de suas atuações, ambientes de trabalho, os processos que foram realizados para a geração da inovação, quais inovações foram geradas em produto, processo, organizacional e de marketing, e a orientação e a qualidade assistencial, no período de 2013. O recorte proposto neste Projeto permitirá, ao final, demonstrar todo o contexto da inovação na APS de Pelotas e irá propor uma representação do processo de inovação em APS.

### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a inovação em serviço no contexto da APS na cidade de Pelotas/RS.

Objetivo Secundário:

- a) caracterizar a APS de Pelotas/RS;
- b) identificar a geração de inovações em produto, processo, organizacional e marketing em serviços no contexto da APS;
- c) verificar se existe um sistema institucionalizado ou adocrático para a geração da inovação em APS, através do mapeamento das relações estabelecidas entre as forças internas e externas;
- d) analisar se as inovações em produto, processo, organizacional e marketing da APS de Pelotas e a orientação em APS (qualidade assistencial), estão positivamente relacionadas;
- e) representar o processo de inovação em serviço da APS de Pelotas.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não se aplica.

Benefícios:

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301	CEP: 96.020-360
Bairro: Centro	
UF: RS	Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960	Fax: (53)3221-3554
	E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PELOTAS



Continuação do Parecer: 631.913

Compreender o processo de inovação em serviço da APS de Pelotas/RS

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto bem escrito e adequado ao proposto.

O delineamento metodológico utilizará técnicas de pesquisa em um estudo transversal que são: quanto aos objetivos, exploratório e descritivo; quanto à natureza, de caráter quantitativo e qualitativo, que será aplicado à população de gestores em APS da cidade de Pelotas/RS no primeiro semestre de 2014, sobre as inovações em serviço que ocorreram no ano de 2013, para que não se perca o referencial de memória dos entrevistados. As

análises quantitativas incluirão a caracterização da APS de Pelotas, das inovações em produto, processo, organizacional e de marketing e do tipo de sistema utilizado para a geração das inovações por meio da frequência simples das variáveis selecionadas, incluindo cálculos de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95%.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

OK

**Recomendações:**

OK

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

OK

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

## ANEXOS 3- Lista de Códigos

TESE ISABEL.nvp - NVivo

Arquivo Início Criar Dados externos Analisar Consulta Explorar Layout Exibir

Fontes Internas Externas Menus Matizes estruturais

Procurar: Pesquisar em: Internas Localizar agora Apegar Busca avançada

Nome	Nós	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
01	7	19	21/6/2015 21:50	ICRBR	29/6/2015 22:22	ICRBR
02	7	10	21/6/2015 21:51	ICRBR	29/6/2015 22:27	ICRBR
03	5	11	21/6/2015 21:52	ICRBR	29/6/2015 22:30	ICRBR
04	6	7	21/6/2015 21:52	ICRBR	29/6/2015 22:32	ICRBR
05	5	9	21/6/2015 21:53	ICRBR	29/6/2015 22:34	ICRBR
06	5	8	21/6/2015 21:53	ICRBR	29/6/2015 22:46	ICRBR
07	5	6	21/6/2015 21:53	ICRBR	29/6/2015 22:48	ICRBR
08	6	8	21/6/2015 21:53	ICRBR	29/6/2015 22:49	ICRBR
09	6	6	21/6/2015 21:54	ICRBR	29/6/2015 22:50	ICRBR
10	4	6	21/6/2015 21:54	ICRBR	29/6/2015 22:51	ICRBR
11	5	6	28/6/2015 11:30	ICRBR	2/7/2015 23:21	ICRBR
12	4	5	28/6/2015 11:31	ICRBR	2/7/2015 23:26	ICRBR
13	4	5	28/6/2015 11:31	ICRBR	2/7/2015 23:31	ICRBR
14	3	3	28/6/2015 11:31	ICRBR	2/7/2015 23:34	ICRBR
15	6	8	28/6/2015 11:31	ICRBR	2/7/2015 23:39	ICRBR
16	5	9	28/6/2015 11:32	ICRBR	2/7/2015 23:43	ICRBR
17	6	9	28/6/2015 11:33	ICRBR	2/7/2015 23:56	ICRBR
18	6	15	28/6/2015 11:33	ICRBR	3/7/2015 0:15	ICRBR
19	6	6	28/6/2015 11:33	ICRBR	3/7/2015 0:18	ICRBR
20	6	8	28/6/2015 11:34	ICRBR	3/7/2015 0:21	ICRBR
21	4	4	28/6/2015 11:34	ICRBR	3/7/2015 0:23	ICRBR
22	4	5	28/6/2015 11:34	ICRBR	3/7/2015 0:26	ICRBR
23	3	3	28/6/2015 11:35	ICRBR	3/7/2015 0:31	ICRBR
24	6	11	28/6/2015 11:36	ICRBR	3/7/2015 0:34	ICRBR
25	6	7	28/6/2015 11:36	ICRBR	3/7/2015 0:38	ICRBR
26	4	4	28/6/2015 11:37	ICRBR	3/7/2015 0:39	ICRBR
27	4	4	28/6/2015 11:37	ICRBR	3/7/2015 0:41	ICRBR
28	4	5	28/6/2015 11:38	ICRBR	3/7/2015 0:44	ICRBR
29	3	3	28/6/2015 11:38	ICRBR	3/7/2015 0:46	ICRBR
30	6	9	28/6/2015 11:38	ICRBR	3/7/2015 0:48	ICRBR

IR 58 Itens

Iniciar Análises - carolinamarasc... TESE ISABEL.nvp - NVL...

10:41 quarta-feira