

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO

**DINÂMICA DA INOVAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

CRISTINE HERMANN NODARI

Caxias do Sul, 2013

CRISTINE HERMANN NODARI

**DINÂMICA DA INOVAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Tese submetida à Banca designada pelo Colegiado do Doutorado em Administração da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Universidade de Caxias do Sul, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Administração. Linha de Pesquisa: Gestão da Inovação, Competitividade e Mercado.

Orientador: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea

Caxias do Sul, 2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
UCS - BICE - Processamento Técnico

N761d Nodari, Cristine Hermann
Dinâmica da inovação no serviço público da atenção primária à
saúde / Cristine Hermann Nodari. – 2013.
382 f. : il. ; 30 cm

Apresenta bibliografia.

Tese (Doutorado) - Universidade de Caxias do Sul e Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-
Graduação em Administração, 2013.

Orientador: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea.

1. Serviços de saúde - Administração. 2. Serviços de saúde -
Inovações tecnológicas. 3. Saúde pública - Brasil. 4. Cuidados primários
de saúde - Inovações tecnológicas. I. Título.

CDU 2.ed.: 614.2:005

Índice para o catálogo sistemático:

- | | |
|---|---------------|
| 1. Serviços de saúde - Administração | 614.2:005 |
| 2. Serviços de saúde - Inovações tecnológicas | 614.2:005.342 |
| 3. Saúde pública - Brasil | 614(81) |
| 4. Cuidados primários de saúde – Inovações tecnológicas | 614.2:005.342 |

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária
Ana Guimarães Pereira – CRB 10/1460

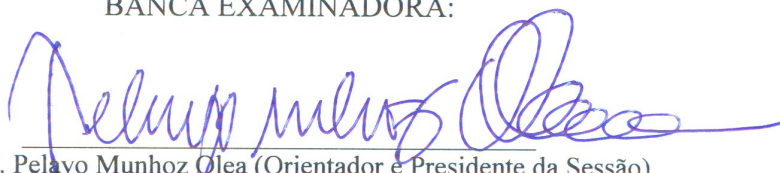
Cristine Hermann Nodari

Dinâmica da Inovação no Serviço Público da Atenção Primária à Saúde de Caxias do Sul (RS)

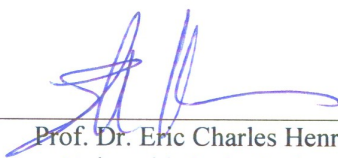
Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Administração, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul.

Aprovada em 29 de novembro de 2013, pela Banca Examinadora

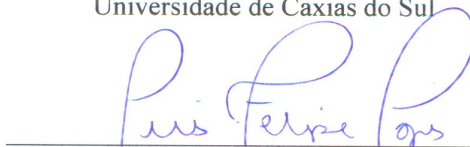
BANCA EXAMINADORA:



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. Dr. Luis Felipe Dias Lopes
Universidade Federal de Santa Maria



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

CRISTINE HERMANN NODARI

**DINÂMICA DA INOVAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Tese submetida à Banca designada pelo Colegiado do Doutorado em Administração da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Universidade de Caxias do Sul, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Administração. Linha de Pesquisa: Gestão da Inovação, Competitividade e Mercado.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea (Orientador)
Universidade de Caxias do Sul – UCS

Prof^a. Dr^a. Maria Emilia Camargo (Examinador)
Universidade de Caxias do Sul – UCS

Prof. Dr. Eric Charles Henri Dorion (Examinador)
Universidade de Caxias do Sul – UCS

Prof. Dr. Luis Felipe Dias Lopes (Examinador – Convidado Externo)
Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

Ao meu filho, Lucas

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, manifesto minha sincera gratidão a Deus, uma força reconfortante nos momentos difíceis, e, espelhada na vida do meu filho, uma criança que transborda alegria e, vive, intensamente, as curiosas descobertas da infância. Agradeço, também, a minha família, que amo muito, pela compreensão, confiança e persistência que procuraram transmitir ao longo da minha trajetória pessoal e profissional, delineados, assim, na minha personalidade.

Uma rede de colaboradores contribuiu e fez parte na edificação deste trabalho. Algumas colaboraram de forma mais direta e outras, indiretamente, ou, até mesmo, de forma anônima. A todas elas, que se encontram em meus pensamentos, agradeço profundamente.

Meus sinceros agradecimentos ao meu orientador Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea, primeiramente, pela oportunidade de seguirmos essa jornada na assimilação e criação do conhecimento, e, também, pelo incentivo e confiança sempre desvelando novas possibilidades e alternativas, na construção dessa pesquisa.

Meu reconhecimento ao Prof. Dr. Eric Dorion pelos diálogos informais, por vezes contundentes, que traziam um lampejo brilhante na condução desse trabalho.

Minha admiração à força, atitude decisiva e conhecimentos da Prof^a. Dr^a. Maria Emilia Camargo no acompanhamento de momentos delicados da condução desse trabalho. Também, agradeço ao Prof. Dr. Luis Felipe Dias Lopes por aceitar discutir aspectos dessa pesquisa a fim de aprimorá-la.

Além disso, a todo o corpo docente e discente do Programa de Pós – Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul (PPGA/UCS) e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PPGAd/PUCRS), por oportunizarem condições e auxiliarem o desenvolvimento desta investigação.

Meus agradecimentos, à Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, Prof^a. Dr^a. Suzete Marchetto Claus, que pela sua postura de liderança facilitadora sempre contribuiu no esclarecimento de dúvidas referentes ao tema abordado, de forma incentivadora e confiante. Além disso, à Prefeitura Municipal de Caxias do Sul e à equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul (RS), pela disponibilidade de repassarem seus conhecimentos e experiências.

Meu agradecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), fomentadora de minha bolsa, pela oportunidade de realizar este doutorado com dedicação exclusiva, conforme Anexo I.

“Se podes olhar, vê. Se podes ver,
repara.”

José Saramago

RESUMO

A teoria sobre inovação tem se desenvolvido, intensamente, nas últimas décadas, incluindo a análise da inovação em serviços públicos de saúde. Doravante, o setor de serviços representa em diversos países, inclusive no Brasil, taxas de crescimento anuais superiores a todos os demais setores da economia. A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a essência da reorientação e reestruturação de muitos sistemas de saúde (OPAS, 2005), pois atua como um núcleo organizador e integrador de serviços de rede e de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Diante da relevância das questões pautadas pela finalidade de incentivo à melhores condições de saúde nas populações, a partir da rede complexa da APS (MENDES, 2007), e da importância da compreensão da inovação em serviços para as organizações, o objetivo desta 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. Para atingirmos essa proposição central, ocorreu a necessidade de conceber, holisticamente, o desenvolvimento, integrações e repercussões da inovação neste setor. A metodologia utilizada foi de uma pesquisa exploratória e descritiva dividida em duas etapas. A primeira etapa da pesquisa utilizou uma entrevista semiestruturada para identificação da tipologia da inovação no setor e entendimento sobre o processo de inovação. Também, utilizou, um questionário estruturado para análise da qualidade do serviço sob orientação da APS. Para a segunda etapa de pesquisa foi aplicado outro questionário estruturado a fim de se identificar as capacidades e preferências mobilizadas pelos agentes para ocorrência de inovações. Fez – se uso de análise multivariada dos dados coletados envolvendo técnicas qualitativas e quantitativas considerando as duas etapas. Os principais resultados apontam para a identificação de cinquenta e seis inovações nas quais estão relacionadas a qualidade do serviço sob orientação da APS. Também, evidenciam uma preponderância da capacidade dos servidores na mobilização das inovações o que permite configurar o processo de inovação no serviço público da APS contribuindo no delineamento de uma abordagem baseada em evidências para a inovação.

Palavras – chave: Inovação. Inovação em Serviços. Serviços Públicos. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The theory of innovation has developed intensively in recent decades, including the analysis of innovation in public health. Moreover, the services sector accounts in several countries, including Brazil, annual growth rates in excess of all other sectors of the economy. The Primary Health Care (PHC) is the essence of the reorientation and restructuring of many systems (OPAS, 2005), it acts as a core organizer and integrator of network services and promotion, prevention and rehabilitation of health. Given the importance of the issues guided by the aim to encourage better health in populations from the complex network of APS (MENDES, 2007), and understanding the importance of innovation in services for organizations, the aim of this thesis was to analyze the dynamics of innovation in the public service of APS. Considering the public environment, it was proposed that the APS has a structured logic for the development of innovations from ongoing interactions between different agents in the production of the service. To achieve this central proposition was the need to design holistically development, integration and impact of innovation in the service sector. The methodology used was an exploratory and descriptive divided into two stages of research. The first stage of the research used a semistructured interview to identify the typology of innovation in the industry and understanding of the innovation process. Also, we used a structured questionnaire to analyze the quality of the service under the guidance of APS. The second stage of the survey provided for the use of a structured questionnaire in order to identify the capabilities and preferences mobilized by agents for the occurrence of innovations. Made use of multivariate analysis of the collected data involving qualitative and quantitative techniques considering two steps. The main results show the identification of fifty six innovations related to quality of service under the guidance of APS. Also show a preponderance of server capacity in mobilizing innovation that permits configuring the innovation process in the public service of APS contributing in the design of an evidence – based approach to innovation.

Keywords: Innovation. Innovation in Services. Public Service. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário da Saúde
AES	Ampliação da Estrutura Física, Material e Pessoal
AGA	Agilidade de Atendimento
ANL	Análise Local a partir dos Servidores e População
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANOVA	<i>Analysis of Variance</i>
APO	Acesso da População
APS	Atenção Primária à Saúde
AQT	Aquisição de Tecnologia
B	Coefficiente Angular de Regressão
C	Capacidade Direta dos Prestadores
C'	Capacidade dos Clientes
CER	Certificação em relação a Leis, Normas e Portarias Federais
C&T/S	Ciência e Tecnologia em Saúde
C,T&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNAE	Comissão Nacional de Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde
COR	Coordenação
CP	Capacidade do Decisor Político
CRS	Coordenadoria Regional da Saúde
CS	Capacidade do Prestador de Serviço
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CU	Capacidade do Usuário
CV	Coefficiente de Variação

DMP	Demanda da População
DPVAT	Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
EC	Emenda Constitucional
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
EUROSTAT	<i>European Statistics</i>
FEE	Fundação de Economia e Estatística
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FI	Fator de Impacto
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GES	Gestão
H	Índice H
H ₀	Hipótese Nula
H ₁	Hipótese Alternativa
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HND	História Natural das Doenças
HZA	Humanização
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMARK	Inovação de <i>Marketing</i>
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INC	Incremental
INK	Informação e Conhecimento
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IORG	Inovação Organizacional
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPROD	Inovação de Produto
IPROC	Inovação de Processo
ISO	<i>International Standardization of Organization</i>
JCR	<i>Journal Citation Reports</i>
MER	Mercado

MIT	<i>Massachusetts Institute of Technology</i>
MS	Ministério da Saúde
NAU	Na Unidade Básica de Saúde
NBR	Norma Brasileira
NEPESC	Núcleo de Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não – Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan – Americana de Saúde
ORG	Organizacional
<i>p</i>	<i>p</i> – valor
PAB	Política da Atenção Básica
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Pesquisa Anual de Serviços
<i>PCATool</i>	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PET – Saúde	Programa Educação pelo Trabalho em Saúde
PNB	Produto Nacional Bruto
PNR	Política Nacional de Regulação em Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
POU	Na população
PP	Preferência do Decisor Político
PPI	Programa de Pactuação Integrada
PRÓ – Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROSUP	Programa de Suporte à Pós – Graduação de Instituições de Ensino Particulares
PS	Preferência do Prestador de Serviço

PSF	Programa de Saúde da Família
PU	Preferência do Usuário
R	Coefficiente de Correlação de Pearson
R ²	Coefficiente de Correlação ao Quadrado
R ² Ajust.	Coefficiente de Correlação ao Quadrado Ajustado
RAD	Radical
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RENASES	Relação Nacional dos Serviços de Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SACA	Serviço de Controle e Avaliações
Si	Características do Serviço
SAMU	Serviço de Ambulância Móvel de Urgência
SAU	Na Secretaria Municipal de Saúde
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SI4S	<i>Services for Innovation – Innovation for Services</i>
SJR	<i>SCImago Journal Rank</i>
SMEL	Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SOAMA	Sociedade Amigos dos Animais
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SPT– 2000	Saúde para Todos no Ano 2000
SUS	Sistema Único de Saúde
TAS	Nenhuma ocorrência para inovação
TI	Tecnologia da Informação
TS	Território Sanitário
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UCS	Universidade de Caxias do Sul
UNB	Universidade Federal de Brasília

UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
Y	Características do Serviço
μ	Média
σ	Desvio Padrão

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Redes de atenção à saúde	30
Figura 2 – Visão da Organização Mundial da Saúde em relação à APS.....	31
Figura 3 – Figura Conceito da Tese de Doutorado.....	32
Figura 4 – Modelo de Kline e Rosenberg.....	51
Figura 5 – Modelo de Inovação Aberta	54
Figura 6 – Evolução das principais vertentes conceituais sobre inovação em serviços	63
Figura 7 – Representação geral do produto em termos de vetores de características	69
Figura 8 – Tipologia da inovação de Gallouj e Weinstein (1997) e Manual de Oslo (2005)...	73
Figura 9 – Modelo multiagente de coevolução das características dos serviços.....	75
Figura 10 – Produção de bens e serviços.....	79
Figura 11 – Relação na produção do serviço.....	80
Figura 12 – Forças impulsionadoras do processo de inovação em serviços	81
Figura 13 – Lógicas do serviço	83
Figura 14 – Características dos metabuscadores	89
Figura 15 – Resultado da busca de artigos nos metabuscadores	92
Figura 16 – Dispersão do número de artigos pesquisados (eixo horizontal) em relação aos valores do SJR e JCR (eixo vertical/escala de 0 a 3) da pesquisa " <i>Innovation in service</i> " ou " <i>Innovation in services</i> "	94
Figura 17 – Dispersão do número de artigos pesquisados (eixo horizontal) em relação aos valores do SJR e JCR (eixo vertical/escala de 0 a 5) da pesquisa " <i>Primary Care</i> ou <i>Primary Health Care</i> " e " <i>Innovation in service</i> " ou " <i>Innovation in services</i> "	95
Figura 18 – Estudo de Caso	99
Figura 19 – Modelo conceitual base de representação da APS de Caxias do Sul (RS)	101
Figura 20 – Modelo de análise da APS de Caxias do Sul (RS).....	102
Figura 21 – Atributos essenciais e derivados da APS	107
Figura 22 – Exemplo da análise dos diálogos	112
Figura 23 – Descrição da correspondência entre tema, categorias de análise e códigos.....	113
Figura 24 – Variáveis da segunda etapa da pesquisa.....	120
Figura 25 – Relação das variáveis da primeira etapa da pesquisa.....	122
Figura 26 – Metodologia da tese de doutorado	123
Figura 27 – Sistemas de serviços de saúde.....	126
Figura 28 – Níveis de gestão do SUS	131

Figura 29 – Modelos de gestão da NOB	134
Figura 30 – Base de cálculo municipal de receita bruta à saúde	135
Figura 31 – Evolução dos recursos orçamentários federais	140
Figura 32 – Listagem das atividades desenvolvidas nas UBS	151
Figura 33 – Plano municipal urbano de saúde de Caxias do Sul (RS).....	154
Figura 34 – Organização da APS de Caxias do Sul (RS).....	155
Figura 35 – Investimento consolidado por UBS (Ano).....	160
Figura 36 – Distribuição dos tipos de inovação para cada UBS	162
Figura 37 – Identificação das inovações de produto	162
Figura 38 – Identificação das inovações de processo.....	175
Figura 39 – Identificação das inovações de <i>marketing</i>	186
Figura 40 – Identificação das inovações organizacionais	195
Figura 41 – Comportamento dos resíduos da primeira etapa da pesquisa.....	214
Figura 42 – Diferenças das médias dos grupos da segunda etapa da pesquisa	227
Figura 43 – Síntese dos resultados encontrados na pesquisa.....	228
Figura 44 – Representação do processo de inovação da APS	233

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Investimentos em saúde pública de Caxias do Sul (RS).....	144
Tabela 2 – Assistência hospitalar da saúde pública de Caxias do Sul (RS)	148
Tabela 3 – Características gerais das UBS	158
Tabela 4 – Resumo da frequência de códigos para categoria motivador (causa) nas 45 UBS da Inovação de Produto	168
Tabela 5 – Resumo da frequência de códigos para categoria estado/condição (como) nas 45 UBS da inovação de produto	171
Tabela 6 – Resumo da frequência de códigos para categoria setores/local (onde) nas 45 UBS da inovação de produto.....	172
Tabela 7 – Resumo da frequência de códigos para categoria extensão nas 45 UBS da inovação de produto.....	173
Tabela 8 – Resumo da frequência de códigos para categoria novidade nas 45 UBS da inovação de produto.....	174
Tabela 9 – Resumo da frequência de códigos para categoria motivador (causa) nas 45 UBS da inovação de processo	180
Tabela 10 – Resumo da frequência de códigos para categoria estado/condição (como) nas 45 UBS da inovação de processo	182
Tabela 11 – Resumo da frequência de códigos para categoria setores/local (onde) nas 45 UBS da inovação de processo	183
Tabela 12 – Resumo da frequência de códigos para categoria extensão nas 45 UBS da inovação de processo	184
Tabela 13 – Resumo da frequência de códigos para categoria novidade nas 45 UBS da inovação de processo	185
Tabela 14 – Resumo da frequência de códigos para categoria motivador (causa) nas 45 UBS da inovação de <i>marketing</i>	190
Tabela 15 – Resumo da frequência de códigos para categoria estado/condição (como) nas 45 UBS da inovação de <i>marketing</i>	191
Tabela 16 – Resumo da frequência de códigos para categoria setores/local (onde) nas 45 UBS da inovação de <i>marketing</i>	192
Tabela 17 – Resumo da frequência de códigos para categoria extensão nas 45 UBS da inovação de <i>marketing</i>	193

Tabela 18 – Resumo da frequência de códigos para categoria novidade nas 45 UBS da inovação de <i>marketing</i>	194
Tabela 19 – Resumo da frequência de códigos para categoria motivador (causa) nas 45 UBS da inovação organizacional	199
Tabela 20 – Resumo da frequência de códigos para categoria estado/condição (como) nas 45 UBS da inovação organizacional.....	201
Tabela 21 – Resumo da frequência de códigos para categoria setores/local (onde) nas 45 UBS da inovação organizacional	202
Tabela 22 – Resumo da frequência de códigos para categoria extensão nas 45 UBS da inovação organizacional	203
Tabela 23 – Resumo da frequência de códigos para categoria novidade nas 45 UBS da inovação organizacional	204
Tabela 24 – Escore da APS de Caxias do Sul por atributos essenciais e derivados (n = 45).207	
Tabela 25 – Teste de normalidade das variáveis dependentes da primeira etapa da pesquisa210	
Tabela 26 – Escore parcial do <i>PCATool</i> e número de inovações.....	211
Tabela 27 – Matriz de correlação das variáveis independentes.....	215
Tabela 28 – Resumo e significância do modelo proposto para primeira etapa da pesquisa...218	
Tabela 29 – Procedimento <i>backward</i> para variável dependente inovação de produto.....	219
Tabela 30 – Procedimento <i>backward</i> para variável dependente inovação de processo	220
Tabela 31 – Procedimento <i>backward</i> para variável dependente inovação de <i>marketing</i>	221
Tabela 32 – Procedimento <i>backward</i> para variável dependente inovação organizacional	222
Tabela 33 – Teste de normalidade do agrupamento da segunda etapa da pesquisa	223
Tabela 34 – Homogeneidade de variâncias da segunda etapa da pesquisa	223
Tabela 35 – ANOVA da segunda etapa da pesquisa	224

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 PROBLEMÁTICA DE PESQUISA.....	26
1.2 TEMA.....	33
1.3 QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA	33
1.3.1 Objetivo Geral	33
1.3.2 Objetivos Específicos	34
1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA	34
1.5 ESTRUTURA DA TESE	40
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	41
2.1 INOVAÇÃO.....	41
2.1.1 Processos da Inovação.....	46
2.2 INOVAÇÃO EM SERVIÇOS.....	55
2.2.1 Conceito de Serviços	56
2.2.2 Trajetória da Inovação em Serviços	58
2.2.3 Processos da Inovação em Serviços	77
2.3 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	84
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	87
3.1 BASE DE INVESTIGAÇÃO DA PESQUISA.....	87
3.2 ENFOQUE E TIPO DE ESTUDO	96
3.2.1 Modelo Conceitual	100
3.2.2 Modelo de Análise.....	101
3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA.....	103
3.3.1 Entrevista em Profundidade	104
3.3.2 Questionário Estruturado da Primeira Etapa da Pesquisa	105
3.3.3 Análise de Conteúdo.....	109
3.3.4 Análise Exploratória de Dados da Primeira Etapa de Pesquisa	116
3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA.....	118
3.4.1 Questionário Estruturado da Segunda Etapa da Pesquisa	119
3.4.2 Análise Exploratória de Dados da Segunda Etapa de Pesquisa	121
3.5 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	121

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA	124
4.1 CONTEXTO DE SAÚDE NO BRASIL	127
4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	136
4.2.1 Atenção Primária à Saúde de Caxias do Sul	143
4.3 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	154
5 RESULTADOS	156
5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	157
5.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA	161
5.2.1 Inovação de Produto (Bem ou Serviço).....	162
5.2.2 Inovação de Processo	175
5.2.3 Inovação de <i>Marketing</i>	186
5.2.4 Inovação Organizacional	195
5.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA	200
5.3.1 Análise Exploratória dos Dados da Primeira Etapa da Pesquisa.....	208
5.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA	223
5.4.1 Análise Exploratória de Dados da Segunda Etapa da Pesquisa	224
5.5 DISCUSSÃO	226
6 CONCLUSÕES.....	234
6.1 CONTRIBUIÇÕES A RESPEITO DO OBJETIVO GERAL	235
6.2 CONTRIBUIÇÕES A RESPEITO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	236
6.3 LIMITAÇÕES E OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS	241
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	243
APENDICE I – RESULTADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A PESQUISA	265
APÊNDICE II – ROTEIRO PROPOSTO PARA O QUESTIONÁRIO E ENTREVISTA DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA	286
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA	301
APÊNDICE IV – TESTE DE TUKEY (MÚLTIPLAS COMPARAÇÕES).....	327

ANEXO I – ATESTADO DE COMPROVAÇÃO DE RECURSOS DE BOLSA CAPES/PROSUP	331
ANEXO II – PARECER SOBRE SOLICITAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	332
ANEXO III – PROGRAMA EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET – Saúde)	333
ANEXO IV – PLANO MUNICIPAL RURAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL	341
ANEXO V – RELAÇÃO NACIONAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (RENASES/2012)	345

1 INTRODUÇÃO

No contexto internacional, estudos, principalmente, desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e, voltados a entender as necessidades de saúde da população e seus determinantes, bem como a conhecer os padrões de utilização dos serviços de saúde, demonstram que algumas características são comuns as mais diversas populações¹. Outras são muito particulares e orientam a organização local dos serviços em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Contudo, observam – se que os estudos em saúde procuram evidenciar, em geral, as características e aspectos de garantia de qualidade, bem como, da acessibilidade dos serviços de saúde como garantia de um desenvolvimento econômico e social de determinada região (CHANG et al., 2007; MEADS et al., 2005; WAME et al., 2005; MITTON et al., 2011; BEDREGAR e FERLIE, 2001; ATUN et al., 2007; ATUN et al., 2006, LIGHT, 2001; CAMPBELL et al., 2007; BODENHEIMER, 2006).

Um documento prospectivo dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 1981) indica que os gastos dos governos em saúde, no período de 2002 a 2020, aumentarão de 2,7 para 10 trilhões de dólares, o que representará um aumento no investimento de 8,5% para 16% do PIB desses países (PricewaterhouseCoopers Health Institute, 2012), decorrente, principalmente, do envelhecimento populacional e da incorporação de novas tecnologias na área médica, de maior complexidade e de maiores custos.

O relatório de Desenvolvimento Humano da Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2005, traz o quanto os países gastam em saúde, em relação ao seu Produto Interno Bruto. Entre os 174 países pesquisados, o Brasil está em 70º (septuagésimo) lugar em gasto público com saúde.

Baseado neste cenário, as reformas no setor saúde estão em desenvolvimento em muitos países. De acordo com Negri e Giovanni, (2001), essas reformas, impulsionadas a partir da década de 70, proporcionaram inovações de incentivos à criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos provedores de atenção à saúde além da difusão supranacional das inovações gerais ou pontuais, criadas em contextos institucionais específicos.

¹ Embora os diferentes países/territórios tenham uma intensa diversidade cultural (por exemplo, raça, etnia, situação sócio – econômica, estado de saúde, afiliações religiosas e políticas), existem aspectos comuns entre as pessoas e suas preocupações com saúde (PEREIRA, 1995).

Com base nessas características, foi sistematizada uma proposta que vem sendo aperfeiçoada nos últimos 30 anos e tem sido adotada por um número cada vez maior de países: a Atenção Primária à Saúde (APS), a partir da Conferência de Alma Ata² (GIOVANELLA, 2006).

A importância dos serviços de orientação sob os princípios da APS emerge, entre outros, os atributos que caracterizam a coordenação de cuidados a nível local (STARFIELD, 2011). Em sua forma mais desenvolvida, a APS é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização e encaminhamento do cuidado à saúde, dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (STARFIELD, 1994; VUORI, 1992).

Saltman e Figueras (1997) analisam o papel da APS nas reformas sanitárias europeias e defendem que sua função principal está no crescente número de países que dão a ela, o controle sobre parte ou sobre a totalidade do orçamento do sistema de saúde. Por essa razão, torna – se necessário, na visão dos autores, delimitar as ações e serviços ofertados à população fim de identificar melhores práticas que propiciem um desenvolvimento social e econômico.

Ademais, a APS é representada como uma associação de diversos atores e setores na produção de serviços públicos de saúde (GAULD et al., 2012) em conformidade com a proposta de rede de atenção em saúde (RAS). Mendes (2011) esclarece que as RAS, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde, determinam a lógica fundamental da organização racional das RAS.

A APS está inserida no setor de serviços, pois tem como produto final a prestação de serviços à saúde em um contexto público, e, pode ser considerado um tipo de organização complexa (MENDES, 2007) com interações constantes entre diferentes atores e setores, que serve de *loco* para a ocorrência de inovações.

Atualmente o setor de serviços se transforma frente às mudanças econômicas, tecnológicas e sociais, expande seus mercados e amplia a complexidade de suas atividades. De acordo com Vargas (2006), o setor de serviços, atua como principal motor econômico na participação do produto interno bruto e na oferta de empregos e têm seguido a tendência inovadora dos mercados. A Pesquisa Anual de Serviços (PAS) desenvolvida pelo Instituto

² Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o *United Nations Children's Fund* (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma – Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros, ou seja, 134 países, para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, denominado, então, Declaração de Alma – Ata.

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2009, apresenta a existência de mais de um milhão de empresas que tem como atividade principal o segmento de serviços (IBGE, 2011).

Concomitante, a inovação ocupa um lugar de destaque na nova economia, baseada no conhecimento (CONDE e ARAÚJO – JORGE, 2003). O caráter multidisciplinar que caracteriza a inovação culmina em multiplicidade de conceituações formuladas. Desta forma, a inovação é o resultado da implantação de invenções e do conhecimento acessível às organizações, motivadas pela busca de vantagens diferenciadas com impacto econômico e, conseqüentemente, o social (SCHUMPETER, 1997).

Inovação é sinônimo de mudança. Atualmente, as organizações são obrigadas a inovar para adquirirem um potencial à frente das demais organizações e no contexto onde existem, o que sugere a inclusão da dinâmica organizacional em uma complexa rede de relações, suportados por centros de investigação, de produção e transferência de conhecimento, como fatores essenciais para o desenvolvimento econômico de uma determinada região ou país (TIGRE, 2006).

Assim, sob o aspecto da análise dos conceitos de inovação e suas características, de origem tecnológica torna – se necessário expor evidências da análise também em relação a serviços e saúde. De acordo com o Manual de Oslo³ (2005) que foi desenvolvido, conjuntamente, pela *European Statistics* (EUROSTAT)⁴, a inovação pode ocorrer em qualquer setor da economia, incluindo serviços governamentais, como saúde e educação. As diretrizes do mesmo, no entanto, são, essencialmente, voltadas para as inovações de empresas comerciais, abarcando indústrias de transformação, indústrias primárias e o setor de serviços.

Um projeto – piloto, desenvolvido pela EUROSTAT agrupou a necessidade da análise de inovação no setor de serviços através de métricas qualitativas, visto a natureza diversificada desse setor resultando em análises subjetivas muitas vezes elaboradas através de planejamento quantitativo (EUROSTAT, 2007). Henard e Szymanski (2001) já alertavam para a dificuldade de análise de inovações em serviços utilizando a investigação quantitativa, comumente, encontrada em análise de inovações de produtos manufaturados em um estudo de metanálise envolvendo 124 artigos.

³ O Manual de Oslo (2005) é um instrumento que tem por objetivo fixar diretrizes para a coleta e a interpretação de dados sobre inovação, fazendo parte de uma série de publicações da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), uma instituição intergovernamental composta por 30 países, divulgando, dessa forma, uma maior disseminação das classificações de inovação.

⁴ EUROSTAT constitui o gabinete oficial de estatísticas para a Comunidade Europeia oferecendo diversos dados e informações governamentais, empresariais dentre outros. Para mais informações, disponível em <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>>.

De acordo com Sundbo e Gallouj (1998) o setor de serviços apresenta determinadas características que promovem uma dinâmica interativa fracamente articulada e não linear para a geração de inovações. A heterogeneidade dos serviços decorrentes da diversidade do setor, o grau de incerteza em relação ao produto do serviço, a distinção entre produto e processo na prestação de serviços ainda são elementos que determinam dificuldades de análise e mensuração das atividades nesse setor. Por consequência ocorre dificuldade de demarcação sobre o aspecto da inovação (DEN HERTOOG et al., 2011), e, particularmente, na inovação dos serviços públicos de saúde, o que torna a situação relevante e preponderante para a realização de pesquisas.

Albuquerque e Cassiolato (2000) destacam que a saúde pública entra com um papel importante nesse complexo setor, tendo interações diretas com as universidades, instituições de pesquisa, além de conceber as inovações de complexo de relações intersetoriais. Existe um ambiente propício para a inserção das inovações, considerando que, a efetividade das inovações, implementadas pela saúde pública, repercute diretamente sobre o bem – estar da população. Sotarauta (2007) corrobora que essa associação de organizações em nível local, em formato de parcerias, redes e arranjos, geram um aumento da capacidade de aprendizado da região, desde que existam relações que promovam ligações entre a academia, a indústria e o setor público.

Considerando a trajetória de conceitos da inovação, e que as bases de análise seguem um modelo capitalista, ou seja, concentrador e excludente, antagônico àquele concebido por muitas reformas sanitárias, ou seja, universal e inclusivo, surge a necessidade de compreender como ocorrem e se desenvolvem as inovações nos serviços públicos de saúde.

Assim, sob um aspecto motivacional, de procurar uma aproximação entre os temas propostos, pode – se contribuir no âmbito científico com informações acerca da inovação, dos processos de inovação e como ela emerge e se desenvolve na APS, e, em nível organizacional, estimular a compreensão das oportunidades de mudanças que contribuam de maneira eficiente, no gerenciamento dos recursos sanitários locais, para a qualidade dos serviços de saúde prestados a população. Assim, o objetivo deste trabalho foi de analisar a dinâmica das inovações no serviço público da APS de Caxias do Sul (RS), a partir das abordagens teóricas da inovação em serviços.

1.1 PROBLEMÁTICA DE PESQUISA

A construção teórica pressuposta, associada às características de nosso objeto de estudo, conduz – nos à problemática específica desta Tese de Doutorado, que se debruça sobre os elementos de inovação, serviços e saúde.

Percebe – se, atualmente, que o foco principal das investigações nas literaturas das últimas décadas tem favorecido, especialmente, elementos tecnológicos (MILES, 2000; DREJER, 2004; DROEGE et al., 2009) e têm se concentrado sobre as empresas. Não obstante, essas investigações levaram a progressos importantes no que diz respeito à análise das correntes principais da inovação. Porém, percebe – se que a fim de aprofundar a análise dos processos de inovação, principalmente em serviços públicos de saúde, é necessário incluir outros aspectos e características além daqueles propostos para abordagem de setores privados, particularmente, das inovações em indústrias.

Koch e Hauknes (2005) esclarecem que no setor público o resultado da inovação pode ter sua interpretação comprometida, visto que nesse tipo de organização não existe uma competição por participação de mercado. O resultado da inovação estaria vinculado a objetivos políticos – eleitorais e socioeconômicos.

Hartley (2005); Potts e Kastle (2010) corroboram que os objetivos no setor público podem ser mais difusos e multifacetados e, conseqüentemente, eles podem apresentar uma dificuldade relevante em sua mensuração. A complexidade desses objetivos também são de maior envergadura do que no setor privado pois, no setor público podem coexistir objetivos, enquanto que no setor privado a característica desses objetivos é unidimensional visando a maximização de lucros no desempenho econômico (MILES e ROSTE, 2005).

A análise do processo de inovação em serviços tem demonstrado avanços importantes que permitem uma aproximação ao objeto de estudo da Tese de Doutorado. Sob uma dimensão integradora, desenvolvido a partir das considerações de Lancaster (2001), onde produtos são resultados de uma série de características, Gallouj e Weinstein (1997) desenvolveram uma perspectiva baseada na concepção de que os serviços são compostos por características, juntamente com capacidades técnicas e humanas que podem ser modificadas para dar origem às inovações.

Gallouj e Weinstein (1997) descrevem bem as várias maneiras em que as inovações de serviços podem ser produzidas, mas passa a não ser muito útil se tentarmos descrever de forma mais precisa, a inovação *in loco*, ou seja, a descrição dos elementos, pormenorizados, do serviço que podem ser alterados, principalmente, nos componentes organizacionais dessas

mudanças. Por essa razão, necessitamos de um modelo que separe o processo do serviço, muito além das características técnicas, e, aprofunde a natureza de ambos.

Nessa concepção, considerando as peculiaridades dos serviços, Gadrey (2001) propicia uma reflexão a partir das lógicas de serviço, fundamentada nas noções de relação que se referem a interações de informações, interações verbais e trocas interpessoais entre produtores e os beneficiários do serviço. Assim, surge o elemento do tipo de capacidade, predominantemente, empregada nessa produção do serviço que pode ser exemplificada como características humanas do produtor além das capacidades técnicas do artefato tecnológico usado nessa produção (GARCÍA – GOÑI, 2006; OKE, 2007).

Assim, seguindo a abordagem integradora, um modelo desenvolvido por Windrum e García – Goñi (2008) introduz novos atores em um ambiente complexo de interações entre as esferas econômica, social e política para a seleção e desenvolvimento das inovações em serviços. Além disso, este modelo permite capturar as interações desses multiagentes considerando um maior grau de complexidade e generalidade em relação a outras abordagens, que enfatizam um determinado setor, para uma tecnologia específica e modos específicos de interação entre os agentes envolvidos.

A proposta de desenvolvimento do modelo evolutivo de análise da inovação no setor de serviços de saúde de Windrum e García – Goñi (2008) inclui os decisores políticos como um agente que interage na estrutura, dotado de capacidades e preferências, dos usuários que respondem por uma determinada demanda por serviços de saúde, e, por fim, dos prestadores do serviço que determinam, fortemente, um conjunto final das características do serviço ofertado. Ou seja, o produto do serviço são os meios pelos quais os diferentes agentes comunicam suas preferências e capacidades.

A crescente busca por estratégias, que contemplem a alocação apropriada de recursos financeiros, melhoria de indicadores epidemiológicos e qualidade de vida da população são elementos recorrentes de diversas políticas de ação em saúde em todos os países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). As inovações em serviços públicos de saúde promovem o aumento no estado de saúde da população. A prestação de serviços de saúde tem muitas relações entre os diferentes atores e, por conseguinte, existem diferentes tipos de inovações para serem comparáveis que necessitam de análises diferenciadas por tratarem diversas características do processo de adoção da inovação que é realizada (GARCÍA – GOÑI, 2011).

Conforme Koch e Hauknes (2005) asseguram, os atores envolvidos no processo de inovação no setor público de serviços de saúde estão buscando a uma primeira instância a

concretização de objetivos políticos que são norteadores de garantia de direitos, promoção de equidade e melhoria da qualidade do serviço prestado à população de forma que exija esforço junto a prestadores e usuários para viabilizar a implantação de mudanças.

Sob essa perspectiva, um documento da OCDE (2010) esclarece que em cada fase do ciclo de inovação, muitos fatores sociais e econômicos podem afetar o desenvolvimento, a absorção ou difusão de novas ações em saúde. Ainda, o documento relata que inovação em saúde depende de uma estrutura técnica coesa associada a avanços científicos, e, envolve inúmeros atores requerendo grandes compromissos financeiros a longo prazo determinando, assim, riscos mais elevados, dados a natureza, altamente, regulada desse setor.

Segundo Pereira et al. (2004), a estrutura administrativa do governo e as políticas públicas têm sido bastante influenciadas por temas de saúde, desde a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (C&T/S) em 1994. De acordo com esse documento, o setor saúde contribui para o desenvolvimento econômico através de produção complexa e articulada a diversos outros setores da sociedade, como o de serviços. Dessa forma a Política Nacional de C&T/S abrange todas as atividades inerentes ao sistema, considerando os ciclos de invenção, inovação e política industrial sendo, assim, direcionadoras do processo da inovação.

Sob a ótica de avaliação em saúde, Phelps (1992) não aponta qualquer diferença entre a produção manufatureira de veículos e na produção de saúde. Em ambos os casos, os fatores de produção associados, no caso dos veículos (aço, plástico, trabalho, etc.) e no caso da saúde (assistência médica) são combinados para criar um produto. Assim, a função de produção de cuidados de saúde pode ser escrito da seguinte forma: $H = g(m)$, em que H denota o produto “saúde” e m “cuidados médicos”, que são um conjunto de atividades destinadas a restabelecer ou melhorar a saúde de um indivíduo capital. A produtividade marginal do atendimento médico é considerada positiva e os retornos de escala em declínio. Nas palavras do autor:

Cuidados médicos (m) são considerados como uma atividade homogênea e, composta por um grande número de variáveis: capital (camas, equipamentos de diagnóstico e terapêutica, centros operacionais, etc.), acessórios (lençóis, medicamentos, etc.), diferentes tipos de trabalhadores (enfermeiros, médicos, secretários, administradores, etc.) e pacientes, já que eles estão participantes na prestação de cuidados de saúde (coprodução). Do mesmo modo, o produto (H) não é homogêneo, uma vez que os hospitais e consultórios médicos são como escritórios multitarefas que produzem uma ampla variedade de produtos, cada um dos quais é especialmente adaptados para um paciente em particular (PHELPS, 1992, p.29).

Corroborando, Djellal e Gallouj (2005) em um estudo do mapeamento das inovações em hospitais esclarecem a prerrogativa dessa produção, a fim de ter em conta os insumos

heterogêneos e suas saídas, a função de produção de um hospital poderia ser descrito como segue: $(H1, H2, \dots, Hi, \dots, Hm) = g(m1, m2, \dots, mj, \dots, mn)$. A noção de técnica estaria no cerne do conceito de função de produção, na medida em que a técnica é definida como uma dada combinação de fatores de produção (neste caso, os métodos de cuidados de saúde).

Diante dessas constatações percebe – se a necessidade de análise a partir de outros arranjos pertencentes a um sistema de saúde. A APS foi adotada quase que, universalmente, e constitui a essência da reorientação e reestruturação de muitos sistemas de saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2005), pois atua como um núcleo organizador e integrador de serviços de rede e de promoção da saúde, prevenção e recuperação da saúde. Porém, sua implantação e coordenação têm sido desenvolvidas de forma gradativa e permanente, elencando diversas discussões sobre sua organização e operacionalização para promoção da saúde e desenvolvimento humano.

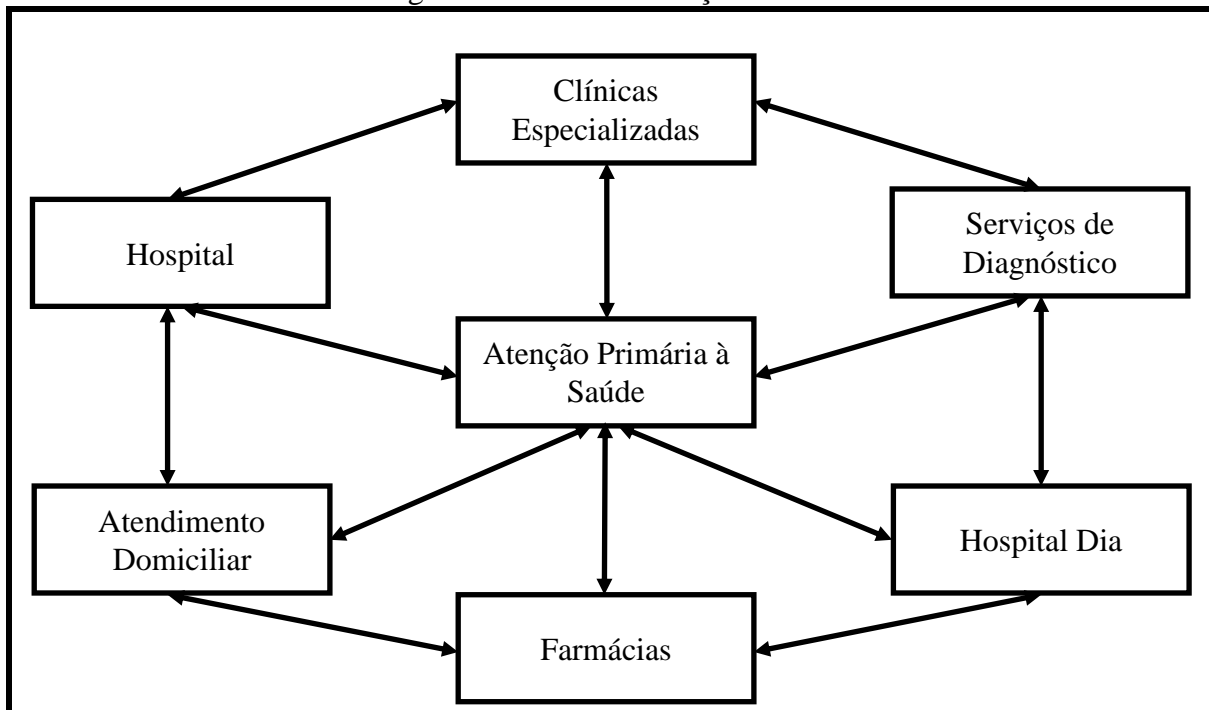
Starfield (2002) propõe quatro atributos essenciais para a APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. E, três atributos derivados, a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural. Conforme Teixeira (2002), os quatro atributos são fundamentais para caracterizar a APS. Contudo, o atributo da coordenação tem uma importância relativa maior nas redes de atenção à saúde já que, sem ele, o primeiro contato tornar – se – ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade, representada pela disponibilidade de serviços de saúde, seria dificultada. A coordenação é um estado de bem estar em harmonia numa ação ou esforço comum. É pela coordenação da APS que se ordenam os fluxos e os contrafluxos da população assistida nos diversos níveis de uma rede de atenção à saúde, conforme ilustrado na Figura 1. Mendes (2011) esclarece:

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011, p. 127).

Nessa atribuição e contribuição da APS, Mendes (2012) esclarece que as dificuldades de entender o papel protagônico da APS, no contexto brasileiro, envolvem as dimensões política, cultural e técnica. Assim, a base da desvalorização da APS está ligada a hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, voltados, prioritariamente, para a atenção às

condições agudas e aos eventos agudos das condições crônicas, fortalecido por um sistema de pagamento por procedimentos, baseado na alta densidade tecnológica, dos diferentes serviços.

Figura 1 – Redes de atenção à saúde



Fonte: Elaboração própria a partir do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011).

A mudança dos sistemas fragmentados para as RAS só poderão ocorrer, consequentemente, se estiver apoiada numa APS robusta e de qualidade. Há, na literatura internacional e nacional, evidências que dão sustentação a tese da importância da APS nos sistemas de atenção à saúde, como por exemplo, nos estudos de Starfield et al. (2005), Yamall et al. (2003), Chreim et al. (2010); Waterman et al. (2007); Castro e Machado (2010), Macinko e Almeida (2004) dentre outros. O próprio aperfeiçoamento da APS vem sendo discutido e alertado por documentos da OMS que direcionam para as reformas de processo, estrutura e cultura.

Não obstante, estudos que se propõem a analisar as reformas da APS, defrontam – se com dificuldades de avaliação dos processos pela diversidade de atores e serviços intermediários envolvidos nessa coordenação, como por exemplo, no estudo de Atun et al. (2007) onde conclui – se que para conseguir analisar a reforma da APS, torna – se necessário a escolha de um modelo de análise que contemple a diversidade de atores e diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. Corroborando, Nyonator et al. (2005) esclarece que na análise da APS conceitos de organização e gestão necessitam ser incorporados e que não só aspectos ligados a qualidade do serviço ofertado são preponderantes para o seu desenvolvimento.

A OMS, no seu Relatório sobre a Saúde Mundial de 2008, intitulada – Atenção primária à saúde, agora mais que nunca – ressalta as transformações ocorridas de pensamento que se propunha, em 1978, em Alma – Ata e, hoje a representação que deve ser perseguida pelos sistemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a), conforme demonstra a Figura 2.

Figura 2 – Visão da Organização Mundial da Saúde em relação à APS

VISÃO ANTERIOR DA APS	VISÃO ATUAL DA APS
Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados em populações rurais pobres.	Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde.
Concentração em mães e crianças.	Atenção à saúde para toda a comunidade.
Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa.	Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças.
Melhoria do saneamento e da educação em saúde no nível local.	Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde.
Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais.	Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos.
Participação como mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais.	Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de <i>accountability</i> .
Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada.	Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado.
Gestão da escassez.	Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal.
Ajuda e cooperação técnica bilateral.	Solidariedade global e aprendizagem conjunta.
APS como antítese do hospital.	APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção.
APS é barata e requer modestos investimentos.	APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as alternativas.

Fonte: Elaboração própria a partir de WHO (2008d).

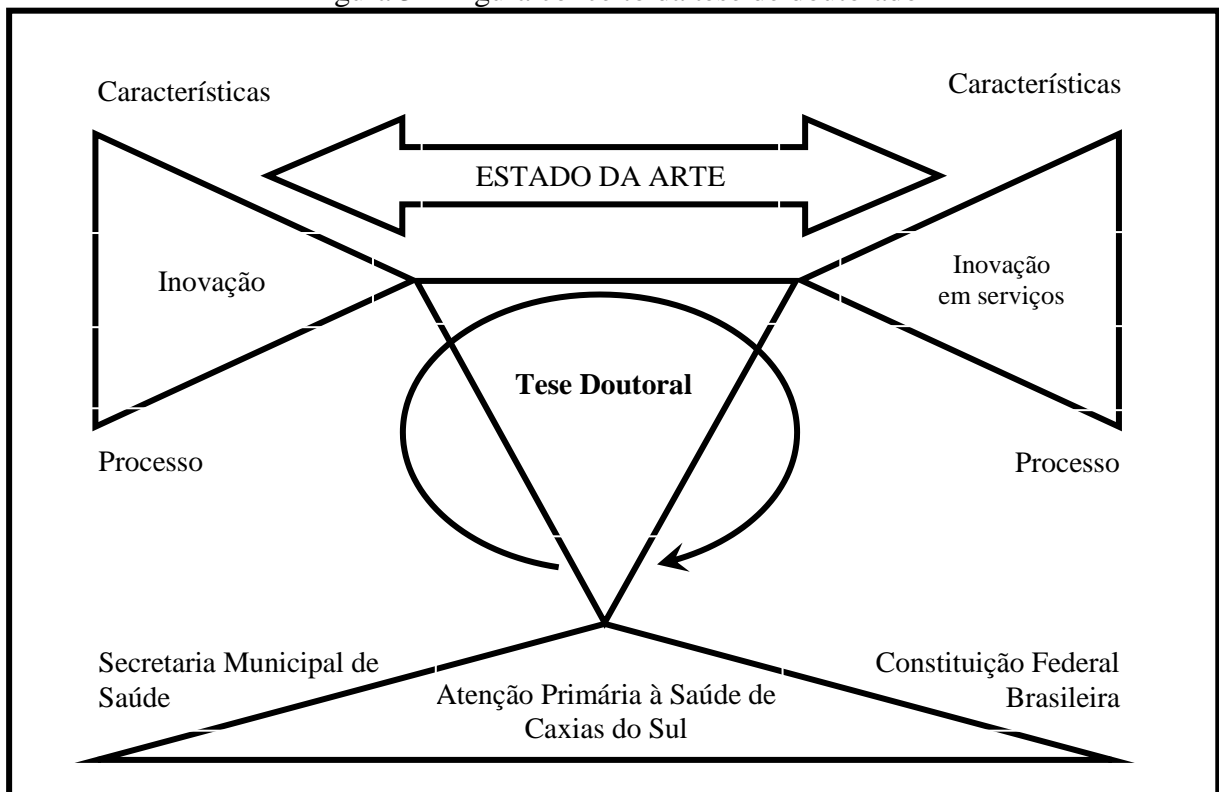
Considerando esses pressupostos e a aproximação com a saúde, com a finalidade de que a pesquisa permaneça focada em seus objetivos, ao invés de hipóteses, expede – se uma proposição central que norteará esta Tese de Doutorado, de que a APS, considerando o contexto do município de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul (RS), possui uma lógica

estruturada para o desenvolvimento das inovações de serviço, tal como apresentada por Windrum e García – Goñi (2008). Para atingirmos essa suposição, ocorreu a necessidade de dimensionar, holisticamente, o desenvolvimento, integrações e repercussões da inovação nesse setor que coordena e presta serviços de saúde.

Da mesma forma ao considerar que a inovação é a força motriz do desenvolvimento econômico, e conseqüentemente, o social, faz – se necessário entender como, quando e quais os fatores são responsáveis pelo processo da inovação em serviços de saúde, tanto os elementos facilitadores, como os restritivos e impeditivos de forma a buscar a criação de um valor dentro das instituições de saúde. Não obstante, através da lógica da proposição central, produzimos uma análise da APS, voltada a identificação e contribuição dos principais agentes que atuam nesse ambiente e que possam vir a ser aperfeiçoados para a geração de futuras melhorias e progressos no contexto da APS.

Para tanto, a Figura 3 visou consolidar a estrutura de análise dessa pesquisa.

Figura 3 – Figura conceito da tese de doutorado



Fonte: Elaboração própria.

Procurou – se demonstrar em uma imagem central triangular, uma proposta de aproximação dos temas, considerando, por um lado, a dimensão de análise dos conceitos de inovação, abordando sua trajetória seminal em relação às características e processos, no vértice oposto, a dimensão da inovação em serviços a partir de suas peculiaridades em termos

de características e processos. Já no terceiro vértice, abordando, a dimensão da APS, partindo – se de uma análise macro, ou seja, das peculiaridades federais no que diz respeito aos serviços de saúde, até sua consolidação local, através do município.

Assim, a estrutura da APS, por sua vez, representa a prestação de serviços públicos de saúde para a população e possui uma natureza multifacetada e heterogênea em suas relações (BUGGE et al., 2010). Ou seja, o estado da arte serviu de base, para nortear e estabelecer o vínculo com o objeto empírico na análise da proposição central, para o desenvolvimento da Tese de Doutorado.

1.2 TEMA

Inovação no serviço público da APS de Caxias do Sul (RS).

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA

- a) As questões orientadoras da Tese de Doutorado são:
- b) Como ocorre o processo de introdução de um novo serviço na APS de Caxias do Sul (RS)?
- c) A partir da teoria sobre inovação em serviços, como se comportam as preferências e capacidades, mobilizadas pelos agentes, para a ocorrência das inovações, considerando a inovação de produto (bem ou serviço), a inovação de processo, a inovação de *marketing* e a inovação organizacional?
- d) Qual a dinâmica dos diferentes atores da APS de Caxias do Sul (RS) na adoção e produção de um novo serviço, considerando a abordagem teórica da inovação em serviços?

1.3.1 Objetivo Geral

Para responder aos questionamentos elencados, define – se o objetivo geral de analisar a dinâmica da inovação no serviço público da APS de Caxias do Sul (RS). Ao considerar a análise do serviço, suas particularidades e especificidades, pressupôs – se a análise da inovação a partir de um processo dinâmico de combinação e recombinação de capacidades e preferências de diferentes agentes para produção final do serviço de saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos

Visando atingir o objetivo geral, esta Tese de Doutorado está organizada no seguinte sequenciamento de análise, que corresponde aos objetivos específicos:

- a) Identificar os tipos de inovação, considerando, a inovação de produto, a inovação de processo, a inovação de *marketing* e a inovação organizacional, atendendo a proposição do Manual de Oslo (2005);
- b) Identificar os atores da estrutura da APS de Caxias do Sul (RS);
- c) Analisar a qualidade do serviço prestado pela APS de Caxias do Sul (RS) através da aplicação do questionário estruturado validado, internacionalmente;
- d) Identificar e descrever os processos de inovação desenvolvidos pela APS de Caxias do Sul (RS) a partir da proposta teórico – metodológica;
- e) Considerar as relações entre os diferentes agentes envolvidos, a partir das capacidades e preferências, no processo da inovação, e, conseqüentemente, nas características finais do serviço, considerando o modelo de Windrum e García – Goñi (2008);
- f) Demonstrar o processo de inovação no serviço público da APS de Caxias do Sul (RS).

1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

A pesquisa sobre a dinâmica das inovações em serviços públicos de saúde se justifica pela sua complexidade, relevância social e econômica. Além disso, se justifica pela dificuldade de análise e mensuração de seus processos (PECUKONIS et al., 2003). Alguns aspectos são elencados a seguir, visando integrar essa constatação.

Do ponto de vista social e econômico, um Relatório do Banco Mundial (WORLD BANK, 1993) sistematizou alguns temas, nos quais as melhorias em saúde influenciam o crescimento econômico. Destacaram-se os seguintes: i) ganhos na produtividade do trabalho; ii) melhor utilização de recursos naturais; iii) benefícios oriundos da educação para as próximas gerações; iv) redução nos custos da assistência médica; v) influência dos investimentos em saúde sobre a redução da pobreza.

Diante disso, foi apresentada a conclusão que a melhoria nas condições de saúde deve conduzir à melhoria do desempenho econômico no âmbito nacional, considerando indicadores de melhores condições de saúde associados a um crescimento mais acelerado. Outro

documento intitulado “Ingressando no século XXI”, o Banco Mundial concentra-se em dois fenômenos combinados, o da globalização e a localização, ressaltando a necessidade crescente do capital social e natural para o desenvolvimento sustentável a partir da cooperação entre cidades, regiões e comunidades locais (WORLD BANK, 2000).

Do ponto de vista demográfico, conforme relatório da Organização Pan – Americana de Saúde (OPAS, 2003) a população das Américas vem crescendo, abruptamente, com acréscimos de 23% a cada ano. A população acima de 85 anos é o grupo de crescimento mais rápido (3 a 5% ao ano), contrastando com o crescimento demográfico da população abaixo de 15 anos (1,3% ao ano). No contexto epidemiológico, as condições crônicas de saúde estão aumentando em ritmo alarmante reforçado pela transição demográfica que aumenta a incidência e a prevalência de problemas crônicos em saúde. Além disso, mudanças rápidas nos padrões de consumo e nos estilos de vida favorecem outras condições crônicas, como a exemplo do tabagismo, do sedentarismo, do alcoolismo e estresse social descontrolado, dentre outros.

Dessa forma, as transições epidemiológica e demográfica mudaram o objeto dos sistemas de serviços de saúde que passou a ser constituído, predominantemente, pelas condições crônicas. Estabeleceu – se, então, um enorme dilema na prática social dos sistemas de serviços de saúde, pois eles foram desenvolvidos para o enfrentamento das condições agudas e, ao mesmo tempo em que, devem apresentar capacidade de respostas às condições crônicas. Apesar disso, os sistemas de saúde, voltados para as condições agudas, não estão desenhados para enfrentar, eficazmente, as condições crônicas. Isso decorre das dificuldades de cobertura populacional e absorção de atendimento, por dimensões estruturais dos arranjos organizacionais e de oferta de serviços, mas também da enorme parcela de gastos em saúde resultantes das alterações nesse perfil (OPAS, 2003).

Por conseguinte, consideram – se, frequentemente, que esses sistemas são hospitalocêntricos, quando, na realidade, eles são agudocêntricos, tendo o hospital como o instrumento emblemático no manejo das condições agudas. Exemplificam – se essas considerações, por meio de trabalhos que apontam uma redução, de cerca de 6 a 12 meses na expectativa de vida da população dos Estados Unidos, creditada à iatrogenia médica⁵, sendo essa a terceira causa de óbito naquele país (STARFIELD, 2000; SHARAN, 2005; BALABANOVA e MCKEE, 2002).

⁵ Iatrogenia médica refere – se a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por erros ou falhas do tratamento médico (STARFIELD, 2000).

Além disso, um aspecto ideológico está envolvido na consolidação da APS, resultando em baixa valorização por problemas econômicos e conseqüentemente nas ações políticas:

Do ponto de vista ideológico, a lógica da APS confronta alguns princípios da medicina flexneriana que são largamente hegemônicos, como a visão negativa da saúde (saúde como ausência de doenças), o individualismo, o biologismo, o especialismo e a ênfase no curativo (MENDES, 1985, p. 12).

Ainda, nas palavras do autor:

A medicina heróica, inerente a certos procedimentos de maior densidade tecnológica, não é o campo da APS, o que faz que sua ação cotidiana, ainda que agregue mais saúde à população, não frequente as manchetes da grande mídia e não seja notícia positiva sobre a saúde. A ideologia da medicina científica seduz a população que vê a APS como medicina de baixa qualidade e busca avidamente os cuidados dos especialistas. Não raro, a população refere – se à APS, no Brasil, de uma forma ambígua em que se combinam um pouco de simpatia e muito de preconceito, como o "postinho de saúde" (MENDES, 2012, p. 91).

Em suma, conforme a OPAS (2003), o grande dilema atual dos sistemas de serviços de saúde em todo o mundo é a continuidade do enfrentamento dos problemas agudos, mas, sobretudo, preocupando – se em dar conta da mudança de perfil sócio – demográfico e das condições de saúde. Diante dessas constatações ocorre o direcionamento a quatro tendências de especial importância no cenário temporal de evolução do impacto populacional sobre a APS: o crescimento populacional, a urbanização, o envelhecimento demográfico e o aumento de gastos na saúde.

A OMS, examinando as reformas sanitárias na Europa, apontou para a necessidade de novos arranjos organizativos para a prestação de serviços de saúde visto que a sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados nos modelos médico – hospitalocêntricos tem demonstrado evidentes sinais de esgotamento (WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES, 2011).

Consoante, a necessidade de alcançar maior integração dos serviços da APS tem sido reconhecida por importantes documentos estratégicos da saúde na Europa como a Carta de Ljubljana⁶ e o documento sobre Saúde para Todos no Ano 2000⁷. Para aprofundar esses temas a Organização Mundial da Saúde realizou um seminário internacional, em Barcelona, em

⁶ Reforma da Saúde adotada pela União Europeia em 1996 que acorda que os Sistemas de Saúde devem ser orientados aos valores (dignidade humana, equidade, solidariedade, ética profissional), voltados para os resultados da saúde, centrados nas pessoas enquanto incentiva a autoconfiança, enfocados na qualidade, baseados em um financiamento sólido, receptivos à voz e à escolha do cidadão, baseados em evidências; e exigem gerenciamento, recursos humanos e coordenação política forte (WHO, 2000).

⁷ A OMS estabeleceu uma estratégia, em 1978, sob a denominação de Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT – 2000) que conduziu as políticas de saúde para a melhoria da saúde da população mundial. O plano da OMS estava composto por 38 objetivos de melhoria em saúde que deveriam de ser assumidos pelos governos dos distintos países.

2003, onde agrupou as conclusões desses arranjos organizativos em quatro categorias promovendo dessa forma, diretrizes norteadoras da estruturação de melhores práticas na Atenção Primária à Saúde, de forma que consiga atender as demandas por ações de saúde das populações: i) as bases conceituais; ii) o papel dos profissionais; iii) a avaliação, e; iv) o impacto potencial da tecnologia em saúde.

Além disso, A Organização Mundial da Saúde, em seu relatório sobre a saúde mundial de 2008, em que comemora 30 anos de Alma – Ata, lança uma convocatória para a renovação da APS. O documento está sustentado por sólidas evidências, especialmente no que se refere aos princípios e aos atributos da APS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

Sob outro ponto de vista, da inovação e dos temas de inovação, e, da esfera acadêmica, um relativo conhecimento científico foi desenvolvido sobre os processos de inovação inerente ao desenvolvimento de serviços (DREJER, 2004; ADAMS et al., 2006; OKE, 2007) porém resultando no fato de que as teorias correntes sobre a compreensão do desenvolvimento das inovações em serviços sejam insuficientes (MENOR e ROTH, 2007 e DROEGE et al., 2009). Torna – se interessante ressaltar que, de acordo com Kubota (2000), apesar de a bibliografia atual defender que o setor de serviços é inovativo, ainda não existe um modelo conceitual que seja amplamente aceito na explicação do fenômeno.

Ainda, sob uma dimensão acadêmica, elencou – se estudos (VARGAS, 2006; MATSUZAWA, 2008; BARBOSA, 2009; FARIAS, 2010; LIMA, 2011, SILVA, 2011) entre teses e dissertações de instituições como a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a Fundação Getúlio Vargas (FGV), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Universidade Federal de Brasília (UNB) e a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) que abordam os temas de inovação em serviços de saúde valendo – se, na pesquisa empírica da estrutura hospitalar. No nosso entendimento, isso em parte é produzido pela complexidade estrutural de diversos níveis de saúde integrados, de outras estruturas da análise do setor da saúde, como no caso da APS, em contraponto a uma organização de aspecto mais formal em sua estrutura e de caráter mais deliberativo, como as hospitalares.

Na associação entre os temas elencados com nosso objeto de estudo empírico, a APS, não encontramos referência de trabalhos de teses e dissertações, o que nos fez questionar, sobre o que de fato a APS, como porta de entrada aos usuários de um sistema de saúde público, com a responsabilidade de coordenar os demais níveis de atenção a saúde, provoca em termos de arranjo em sua estrutura e processo de trabalho que pode ser balizado, como

uma inovação. Em termos de busca de artigos, sobre os temas elencados, nessa pesquisa, o Capítulo 2 expôs essa sistemática e resultados.

Em se tratando de inovação em serviços sua importância perpassa pela contribuição que esse setor oferece para o crescimento econômico, e sua relevância é reconhecida e responsável por muitos estudos relacionados aos temas de inovação (HAUKNES, 1998; HOWELLS e TETHER, 2004; MILES, 2005).

Além disso, outro fator ressalta que, a grande parte das abordagens sobre inovação deslocam a estrutura pública como criadora da estrutura legal regulatória ou consumidora dos produtos inovadores, e, não como a protagonista e participante dos estudos dos processos da inovação (KOCH e HAUKNES, 2005). De fato, considerando a estrutura estatal em saúde, além dos prestadores do serviço e os usuários, os atores políticos, também, desenvolvem uma influência importante sobre a trajetória das inovações, o que determinam uma relevância para a análise do setor de serviços de saúde. No Brasil, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2009, as ocupações formais relacionadas a servidores públicos eram de 22%, representando um segmento expressivo da economia (IPEA, 2009), o que justifica a análise de inovação sobre essa ótica.

Corroborando, Potts e Kastle (2010) afirmam que promover a importância da inovação no setor público acarreta no desenvolvimento da resolução de problemas e dificuldades por meio da reorganização de novos arranjos institucionais. O estabelecimento de índices e medidas de melhores práticas desempenhadas permitem a comparação com demais organizações que atuem na mesma área. Ainda, sob a ótica dos autores em uma economia de constante evolução por mudanças tecnológicas e institucionais, as transformações na saúde pública devem, continuamente, serem adaptadas para conseguirem se sustentar.

Primeiramente, a relevância da escolha do objeto de estudo, no município de Caxias do Sul (RS), se justifica, pelo investimento crescente no decorrer da última década na saúde pública, com incrementos anuais de 20 a 25%, nas despesas totais do município (BRASIL, 2013). De acordo com o IBGE (2011), o RS, representa o único estado brasileiro que não cumpre o repasse do orçamento de 12% para a saúde dos seus 496 municípios, conforme a determinação da Emenda Constitucional (EC) nº 29. Até 2010, os investimentos por parte do Estado ficaram na faixa dos 5% aos 7%. Com isso, os municípios acabam arcando com a estrutura de investimentos, para ampliar o atendimento às demandas da população. Grande parte do municípios do RS (73%) assumem a faixa de investimento anual entre 9 aos 15%. Cerca de 22% dos municípios arcam com estrutura de investimento abaixo de 9% e, apenas

5% destinam investimentos próprios acima de 20%, dentre eles, o município de Caxias do Sul (RS).

Posteriormente, a importância, se justifica pela precoce introdução de melhores práticas de organização da APS, nas características de serviços, constituindo um pólo de referência no setor saúde da região nordeste do estado do Rio Grande do Sul (CLAUS; CAPRA, 2002), o que vem ao encontro da importância de investimentos para geração e motivação de mudanças organizacionais e, conseqüentemente, a inovação (TIGRE, 2006).

Além disso, evidências atuais estão presentes no contexto de saúde brasileiro, onde persiste a necessidade do encontro de elementos que possam definir e representar boas práticas de produção dos serviços de saúde da APS com o objetivo final de prover acesso das populações ao sistema de saúde. O exemplo mais atual, corresponde ao Programa Mais Médicos, uma ação polêmica do Ministério da Saúde em resposta a pressões sociais, e, também, aos relatórios da OPAS, denominado Projeto Fortalecimento da Atenção Básica no Brasil, onde ocorreu a importação de 8.000 médicos estrangeiros para suprirem a falta de atendimento em regiões que apresentavam carência desse profissional no serviço da APS (BRASIL, 2013).

Além disso, esta Tese de Doutorado possui o incentivo e interesse da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caxias do Sul e da Universidade de Caxias do Sul (UCS) através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde), do Ministério da Saúde (MS), que corresponde a um projeto com objetivo de desencadear novas ações de trabalho, gerando processos inovadores e integradores na estruturação e atualização dos planos locais de saúde, conforme ANEXO II. O investimento do MS⁸, para o PET – Saúde do município de Caxias do Sul foi de, aproximadamente, dois milhões de reais. Com isso, a proposta é que se desenvolvam informações científicas relevantes e expressivos avanços no âmbito de gerenciamento de ações de saúde locais, no contexto da APS, promovendo o incentivo e caracterização das inovações como parte integrante do estudo. Sob essa condição, se percebe a necessidade de identificação e processamento de práticas notáveis na saúde pública, a fim de que, se possam compor mecanismos de orientação e até mesmo de replicação de ações para outros contextos.

Nesse sentido, considerando a importância da APS para a organização e deferimento de serviços de saúde, e, se a APS apresenta algo inovador na saúde, as teorias e abordagens conceituais sobre a inovação em serviços permitirão uma aproximação rumo à busca de

⁸ Informações complementares em
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597>.

diferentes formas de construção do conhecimento acerca do fato. Espera – se que a contribuição teórica deste projeto amplie o conhecimento acerca da evolução da qualidade do serviço sob orientação da APS, compreendendo sua estrutura e atores, no desenvolvimento das inovações nos serviços de saúde, e, conseqüentemente contribua para a política pública brasileira no incentivo a melhores condições de saúde das populações.

1.5 ESTRUTURA DA TESE

Esta Tese de Doutorado está organizada nos seguintes capítulos:

- a) O primeiro capítulo, além da seção introdutória, ocupou – se da demarcação da problemática da pesquisa, tema, questões norteadoras, objetivos e justificativa;
- b) O segundo capítulo contemplou a fundamentação teórica referente aos conceitos adotados e a forma como foi investigado os temas de pesquisa. Para o desenvolvimnto da construção teórica, inicialmente, foram pesquisados por análise bibliométrica os artigos e documentos referentes aos temas de trabalho. Posteriormente, foram complementados por livros e demais documentos das informações e conhecimentos seminais sobre os temas;
- c) O terceiro capítulo contemplou a descrição do método para alcance dos obketivos propostos. Nesse capítulo o método de coleta e análise de dados da pesquisa foram apresentados;
- d) No quarto capítulo, contextualizou – se o objeto de pesquisa, ou seja, a APS e sua evolução, partindo de uma dimensão macro, da esfera federal, até a análise local, no município de Caxias do Sul (RS);
- e) No quinto capítulo, apresentou – se os resultados encontrados para cada etapa da pesquisa. Ao final desse capítulo apresentou – se uma discussão na integração dos resultados das etapas e;
- f) No sexto capítulo, apresentou – se as conclusões, onde demarcou – se os aspectos relacionados ao alcance dos objetivos geral e específicos, além da, apresentação das limitações e oportunidades de pesquisas futuras.

Por fim, organizaram – se as referências bibliográficas empregadas para esta Tese de Doutorado, além dos apêndices pertencentes ao documento e anexos necessários, como informações complementares.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica é o pilar da sustentação dos conceitos envolvidos em uma pesquisa. Assim, parte – se, inicialmente, da explanação sobre a evolução dos conceitos de inovação, sua tipologia e dimensões à teoria sobre inovação em serviços.

2.1 INOVAÇÃO

Desde o lançamento da obra Teoria do Desenvolvimento Econômico, de Joseph Schumpeter, em 1912, o tema inovação vem sendo exaustivamente analisado, debatido e teorizado. Segundo Schumpeter (1934), nas economias capitalistas o desenvolvimento econômico é dirigido pelo impacto das inovações tecnológicas que ocorrem através de um processo dinâmico, denominado “destruição criadora”, no qual as novas tecnologias substituem as antigas, contrapondo, a ideia do equilíbrio geral da economia, tal como descrito na teoria neoclássica.

A definição fornecida por Schumpeter (1997) é, ao mesmo tempo, mais específica e mais abrangente, caracterizando em seu sentido mais amplo os seguintes pressupostos para a inovação: i) a introdução ao mercado de um novo bem, com o qual os consumidores não estejam familiarizados; ii) a introdução de um novo método de produção, baseado em uma descoberta científica, ou ainda uma nova forma de tratar comercialmente um determinado produto; iii) a criação de um novo mercado em determinado país, independentemente de este mercado existir em outro país ou não; iv) a conquista de uma nova fonte de suprimento de matérias – primas ou de produtos semimanufaturados, independentemente desta fonte ser nova ou já existente, e; v) a criação de uma nova organização de qualquer indústria, ou seja, a criação de uma posição de monopólio ou a quebra de um monopólio.

Essas definições reportam a criação e descoberta e apesar de haver introduzido o conceito de inovação na teoria econômica, Schumpeter atribuía pouca importância ao papel desempenhado pela invenção em relação à inovação, segundo alguns autores (SASSER et al., 1978; STOREY e EASINGWOOD, 1993). A inovação é possível sem nada que possamos identificar como invenção; e a invenção não necessariamente conduz à inovação (SCHUMPETER, 1997).

Não obstante, a visão da inovação por Schumpeter (1934) compreende muito mais do que a invenção. Invenção torna – se uma inovação, somente quando ela é colocada para uso produtivo. Isto é, uma invenção torna - se uma inovação apenas quando a invenção é aplicada

a um processo industrial e resulta em uma nova produção. De acordo com Rosenberg (1982) as invenções por si mesmas não produzem nenhum resultado técnico ou econômico, e, representam uma condição necessária, mas não suficiente, para a mudança tecnológica. Da mesma forma, Tigre (2006) esclarece que a invenção se refere à criação de um processo, técnica ou produto inédito. Ela pode ser divulgada através de artigos técnicos e científicos, registrada em forma de patente, visualizada e simulada através de protótipos e plantas piloto sem, contudo, ter uma aplicação comercial efetiva.

Até o final da década de 1980 as atenções estiveram voltadas, preferencialmente, à inovação tecnológica de produtos e processos, com o desenvolvimento de indicadores capazes de mensurar o ritmo e a direção das inovações promovidas por indústrias e países, como o registro de patentes de invenções tecnológicas ou o nível de investimento em atividades de pesquisa e desenvolvimento (MOLINA – CASTILLO e MUNUERA – ALEMÁN, 2009).

Nesse sentido, faz – se necessário abordar a referência de Rogers (1962) sobre a difusão das inovações, caracterizada como um processo pelo qual uma inovação é comunicada através de certos canais ao longo do tempo entre os membros de um sistema social. Ainda, no entendimento de Rogers (1962), a comunicação passa a ser um processo pelo qual participantes criam e dividem informação uns com os outros a fim de alcançar uma compreensão mútua.

Segundo o Manual de Oslo (2005) a difusão é o modo como às inovações se propagam, através de canais de mercado ou não, a partir de sua primeira implantação mundial, para diversos países e regiões e para distintas indústrias, mercados e empresas. Ou seja, sem difusão, uma inovação não terá qualquer impacto econômico.

Dessa forma, Tidd et al. (2005) estabelece um vínculo entre o conceito de inovação e a cadeia sequencial da trajetória tecnológica: i) a invenção, que estaria relacionada ao descobrimento de uma nova aplicação da ciência e tecnologia; ii) a inovação, que estaria relacionada a introdução no mercado pela primeira vez da invenção, e; iii) a difusão da inovação, relacionada a extensão do uso da inovação entre possíveis usuários.

Assim, para que haja inovação tecnológica, uma invenção precisa adquirir valor de mercado. Esta invenção, na maioria das vezes, surge nas universidades e centros de pesquisa e precisa ser transferida para o setor produtivo, onde recebe um valor de mercado tornando – se uma inovação tecnológica. Uma das formas de transferir esta nova tecnologia é por meio de interação universidade e empresa, pressupondo – se que haja em cada geração do processo de inovação, um modelo de interação que viabilize a transferência de tecnologia (ROTHWELL,

1996).

Drucker (1981), corrobora, afirmando que a maioria dos estudos sobre inovação enfoca o aspecto tecnológico e salienta que a inovação não é, apenas, um termo técnico, referindo – se, também, às dimensões econômicas e sociais. Ven (1999) afirma que a inovação é um processo de desenvolvimento e implantação de uma novidade, incluindo novos processos ou o desenvolvimento de novas ideias, como uma nova tecnologia, produto, processo ou novos arranjos.

Consoante à ampla bibliografia consagrada sobre estudos da inovação e seus distintos enfoques, Pavon e Goodman (1981) definem a inovação como o conjunto de atividades inscritas em um determinado período de tempo e lugar, que conduzem à introdução com êxito no mercado e pela primeira vez de uma ideia, o que pressupõe a adoção, na forma de novos ou melhores produtos, processos, serviços ou técnicas de gestão e organização.

Ainda, na contribuição de Dosi (1982), a inovação diz respeito à busca, à descoberta, à experimentação e à adoção de novos produtos, processos e novas formas organizacionais. O autor ainda classifica as quatro propriedades fundamentais da inovação:

- a) Incerteza gerada pela existência de problemas tecno – econômicos, cujas soluções são desconhecidas;
- b) Crescente dependência das novas oportunidades tecnológicas no conhecimento científico. Essa propriedade deve ser vista com ressalva, quando se considera a importância do conhecimento tácito para o processo de inovação;
- c) Crescente formalização das atividades de pesquisa e desenvolvimento e sua execução no interior de empresas de manufatura integradas;
- d) Aprendizagem por meio de atividades informais de solução de problemas de produção e esforços para satisfazer as necessidades dos clientes.

Com os mesmos argumentos, Nelson e Winter (1982) corroboram, evidenciando que a incerteza pode ser reduzida, mas não eliminada do processo de inovação, pois sua natureza não é, totalmente, previsível.

Segundo Hesselbein (2002), a inovação é identificada como uma mudança que cria uma nova dimensão do desempenho. Essa mudança pode originar – se de uma nova ideia, que pode ser resultante de uma recombinação de velhas ideias, num esquema que desafia a ordem presente, ou seja, uma fórmula ou abordagem que é percebida como nova pelos indivíduos envolvidos.

Do ponto de vista da tipologia da inovação, a bibliografia permite um consenso quanto à sua categorização que, advém dos processos de industrialização como o proposto por Damanpour et al. (1989), em que as inovações podem ser classificadas em dois grupos gerais:

- a) Inovações técnicas que são aquelas que ocorrem no componente operacional e que afetam o sistema técnico de uma organização, sendo que o sistema técnico consiste dos equipamentos e métodos de operação utilizados para transformar matéria – prima ou informações em produtos ou serviços;
- b) Inovações administrativas ou gerenciais que são aquelas que introduzem um novo sistema gerencial e, portanto, podem afetar o sistema social de uma organização.

O sistema social de uma organização, segundo os autores, consiste dos membros e das relações entre eles.

O Manual de Oslo, em sua segunda edição, (1997) aponta três diferentes tipos de inovação:

- a) Inovação de produto: produto tecnologicamente novo é aquele cujas características fundamentais diferem significativamente de todos os produtos previamente produzidos pela empresa;
- b) Inovação de processo: refere – se a formas de operação tecnologicamente novas ou substancialmente aprimoradas, obtidas pela introdução de novas tecnologias de produção, assim como de métodos novos ou substancialmente aprimorados de manuseio e entrega de produtos;
- c) Inovação organizacional ou gerencial: refere – se a mudanças que ocorrem na estrutura gerencial da empresa, 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 negócios.

Na terceira edição do Manual de Oslo (2005) ocorre a inclusão de uma quarta categoria para a inovação, a inovação de *marketing*. O documento, ainda, considera que as inovações em serviços são organizadas de forma menos formal do que nos setores de transformação, e possuem natureza mais incremental e menos tecnológica.

A inovação é vista como um processo de mudança, na qual produtos ou processos novos ou significativamente melhorados substituem os até então existentes. Tidd et al. (2005) e Bessant e Tidd (2007) classificam as inovações em quatro categorias e abordam que a inovação diz respeito à criação de coisas novas que envolvem alguns pilares básicos, como o do conhecimento, informação e criatividade:

- a) Inovação de produto (bem ou serviço): são mudanças de um produto ou serviço oferecido pela organização;
- b) Inovação de processos: são as mudanças no modo através dos quais os produtos ou serviços são criados e distribuídos;
- c) Inovação de gestão (organizacional – processo mental): mudanças nos modelos mentais subjacentes que moldam o que a organização faz;
- d) Inovação de *marketing* (posição competitiva): mudanças no contexto que os produtos ou serviços são introduzidos no mercado.

O U.S. Department of Commerce (2002) salienta que por inovação entende – se como a introdução com sucesso de uma nova ciência ou produto de base tecnológica em um mercado particular. Ainda neste mesmo documento se define inovação comercial como o resultado da aplicação de técnica ou modelo de negócio para criar um novo ou aprimorado produto, processo ou serviço que seja introduzido com sucesso no mercado. O *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), apesar de não apresentar uma definição formal de inovação, sustenta que:

[...] os produtos resultantes da invenção tecnológica apresentam como característica o preenchimento de uma função prática. Eles contrastam com os produtos da ciência, teorias e descobertas, que enfatizam um modelo de compreensão da realidade (MIT, 2003, p. 9).

Bugge et al. (2010) apresenta um trabalho no qual examina questões – chave no desenvolvimento de um quadro conceptual para medição da inovação do setor público que faz parte de um conjunto de pesquisas denominado “*Measuring innovation in the public sector in the Nordic countries: Toward a common statistical approach*”⁹. Embora os serviços, não sejam citados explicitamente, poderiam ser considerado como uma inovação, por preencher o requisito de destinação a uma função prática, ainda que não sejam necessariamente provenientes de uma invenção tecnológica, de acordo com a definição de tecnologia utilizada.

Ainda os autores esclarecem que em termos gerais, os quatro tipos de inovações descritos pelo Manual de Oslo (2005) parecem aceitáveis para organizações do setor público, no que diz respeito ao âmbito das inovações. Nas discussões iniciais da pesquisa dos autores, os usuários e respondentes foram questionados sobre como eles entendiam a inovação e também como eles viam os quatro tipos de inovações e a maioria dos casos apresentou relevância da tipologia para as organizações do setor público (BUGGE et al., 2010).

⁹ Os países nórdicos compõem a denominada Europa Setentrional e são compostos por Dinamarca, Finlândia, Suécia, Noruega e Islândia e seus territórios associados.

Ainda, a multidisciplinaridade da inovação gera a multiplicidade de conceitos formulados, causando a sobreposição dos mesmos (CARAYANNIS E GONZALES, 2003). Segundo Tidd et al. (2005) as inovações são caracterizadas sob duas dimensões: o que é mudado e a extensão da mudança. Assim, sob o aspecto da extensão da inovação, ou seja, a influência da mudança da inovação sobre as estruturas, Schumpeter (1934) caracterizou a inovação em radicais, considerando aquelas que geram rupturas ou mudanças mais intensas, enquanto que as inovações incrementais dariam uma ideia de continuidade ao processo de mudança.

O Manual de Oslo (2005) define a inovação radical ou disruptiva como a que causa impacto significativo em um mercado e na atividade econômica das organizações desse mercado sendo que permite a modificação de toda uma estrutura, criação de novos mercados ou tornar produtos existentes obsoletos. Já as inovações incrementais atuam na melhoria contínua de produtos, ocorrendo melhoria na eficiência das operações e processos e redução de custos e perdas e não apresentam, necessariamente, o suporte de atividades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D).

Porter (1990) descreve que a competitividade de uma nação depende da capacidade de sua indústria para inovar e melhorar. As empresas conseguem vantagens competitivas, através das inovações. De outra parte, Callon (1992) aborda que o aprendizado tecnológico necessita de esforço consciente, propositivo e incremental para coletar novas informações, tentar novas formas, criar novas habilidades e rotinas operacionais, além de estabelecer novos relacionamentos com atores externos para a geração da mudança.

2.1.1 Processos da Inovação

Um processo de inovação específico só se completa quando novos conhecimentos estiverem, definitivamente, incorporados em produtos, serviços, processos produtivos, técnicas de gestão, orientações estratégicas etc., atendendo aos objetivos que deles se esperam. Assim, pode – se considerar que um processo de inovação é constituído por atividades relacionadas a três membros da equação, a saber: i) geração e seleção de ideias; ii) desenvolvimento e implementação de ideias selecionadas, e; iii) obtenção ou sustentação dos resultados (COOPER et al., 2002a). Na prática isso nem sempre se apresenta com essa linearidade, além de que nem sempre se consegue determinar quando um projeto de inovação está concluído, pois os produtos, serviços, processos, estruturas, técnicas etc., novos ou

modificados, estarão recebendo diversas inovações de caráter incremental ao longo do seu ciclo de vida (COOPER et al., 2002b).

Segundo Barbieri (2004), um processo de inovação é constituído por atividades relacionadas com a geração e seleção de ideias, desenvolvimento e implementação das ideias selecionadas e obtenção e sustentação dos resultados.

No aspecto da evolução no entendimento dos processos de inovação, Rothwell (1996), esclarece uma divisão em cinco gerações, onde a cada evolução a geração anterior é superada: i) no período de 1950 até a segunda metade da década de 1960, o modelo dominante de inovação era visto como empurrado pela tecnologia, quanto maior o investimento em P&D, maior o número de inovações; ii) durante os anos 60, os processos de inovação começaram a dar maior importância às necessidades do mercado, sendo este visto como uma importante fonte de ideias e de necessidades que deveriam ser captadas pelas atividades de P&D para gerar inovações; iii) nos anos 70, foram muitas as evidências sobre a necessidade de uma abordagem balanceada entre o suprimento tecnológico e as necessidades do mercado, surgindo o chamado modelo interativo de inovação entre as necessidades de mercado e as necessidades de P&D; iv) atualmente, o processo inovador passa a ser um sistema integrado e em rede, sendo uma ação conjunta e cooperada de diversos atores internos e externos à organização, como empresas, fornecedores, clientes, além de outras instituições de caráter público ou privado.

Sob aspectos mais específicos, a primeira geração, entre a década de 1950 e a metade da década de 1960, ficou caracterizada pelo modelo *technology push* ou tecnologia empurrada. Nesse modelo, o processo de inovação é sequencial, linear e simples, com ênfase em P&D onde o mercado é apenas um receptor dos resultados das pesquisas desenvolvidas na universidade. A partir dos resultados da pesquisa básica desenvolvida pelos cientistas, é encaminhado o desenho e a engenharia de um novo produto, passando pelas fases de industrialização, *marketing* e vendas. A ideia é que se houver mais P&D dentro da empresa, os novos produtos terão mais sucesso no mercado. A tecnologia desenvolvida é portanda empurrada para o mercado, As pesquisas desenvolvidas dentro da universidade acabam originando alguma invenção, que se transforma numa nova tecnologia para as empresas. Não há preocupação com a demanda. A nova tecnologia é uma consequência da ciência produzida pelos cientistas, ou seja, nesta perspectiva a investigação científica é considerada exógena ao mercado. Não há uma preocupação dos pesquisadores com o mercado consumidor.

O modelo *market pull* ou modelo reverso inicia a segunda geração dos processos de

inovação, a partir da metade da década de 1960 até o início da década de 1970. O modelo considera que os novos produtos introduzidos no mercado são baseados, principalmente, na existência de tecnologias e, em muitas áreas, demanda e oferta estão mais ou menos em equilíbrio. O processo é sequencial, linear e com *feedback* da empresa. Há uma busca das necessidades do mercado (*need pull* ou *market pull*). O mercado serve como fonte de ideias para direcionar P&D, os quais têm um papel meramente reativo no processo de inovação. A partir de uma necessidade identificada no mercado, é desenvolvido o protótipo de um novo produto e em seguida, inicia – se o processo de industrialização do produto para ofertar ao mercado.

A terceira geração do processo de inovação (década de 1970 a década de 1980) procura o equilíbrio entre pesquisa, desenvolvimento e necessidades do mercado (Rothwell, 1994). Para Rosenberg (1982), o *coupling model* ou modelo combinado é caracterizado por um processo sequencial lógico, contínuo, que pode ser dividido numa série de etapas distintas, mas que interagem e possuem estágios interdependentes. O processo de inovação se dá dentro de uma rede complexa de comunicação intra e extraorganizacional, que liga a empresa à comunidade científica e tecnológica e a outras empresas do mercado que também buscam inovar.

Segundo Barbieri (2004), vale lembrar que os modelos lineares concebem o fluxo de conhecimento apenas num único sentido, do sistema de ciência e tecnologia para a empresa, o que de modo algum é correto. Com efeito, as empresas criam conhecimento nas suas atividades rotineiras e de inovação, sendo que muitos deles não migram para as disciplinas científicas e tecnológicas, seja por não ser do interesse dessas disciplinas, por se tratar de conhecimentos muito específicos, ou devido a proteções através do sigilo.

Além disso, de acordo com Lastres et al. (2005), o conhecimento tecnológico permitiu que muitas atividades produtivas existissem e se desenvolvessem, sem que existisse um conhecimento científico a sustentá – lo diretamente. Isto significa que, ao contrário daquilo que o modelo linear advoga, a inovação tecnológica acontece mesmo que não haja uma percepção clara dos princípios científicos básicos. Assim, conforme Grizendi (2004), o modelo linear mostrou – se limitado ao se constatar que os investimentos em P&D não levavam automaticamente ao desenvolvimento tecnológico e sucesso econômico do uso da tecnologia. Diante de tais constatações, surgiram as abordagens não lineares ou interativas, que procuram enfatizar o papel central do *design*, os efeitos de *feedbacks* entre as diversas fases do modelo linear e as diversas interações entre Ciência, Tecnologia e Inovação (C,T&I)

em todas as fases, superando a visão mais restrita do modelo linear sobre a dinâmica inovativa.

O processo de inovação deve ser entendido, do começo ao fim, como uma série de interações e trocas entre pesquisadores, usuários, técnicos, cientistas, governo, empresas, constituintes de uma rede de inovação. Portanto, o conceito de rede de inovação surge com a percepção de que o desenvolvimento de novos produtos ou processos não acontece apenas dentro dos limites de uma organização isolada, mas envolve muitos atores e trocas constantes entre eles.

Assim, sob a perspectiva da análise da inovação, Ahmed (2001) reforça que ela se caracteriza como um processo complexo, facilmente identificado como sendo de suma importância para o sucesso organizacional, mas difícil de ser gerenciado ou administrado. Assim, na década de 80, o processo de inovação passou a ser observado como uma trama de vários atores que interagem entre si. Corroborando, Pyka (2002) afirma que a noção de análise nas organizações tem se mostrado útil para o estudo e caracterização de diferentes aspectos dos fatos econômicos e organizacionais, afirmando o potencial da metáfora da rede como uma representação adequada das interações que acontecem entre governo, empresas, universidades e outros atores.

Dessa forma, segundo Rothwell (1994) o início da década de 1980 até o início da década de 1990, marca a quarta geração do processo de inovação, caracterizado pelo *integrated model* ou modelo integral. Seus conceitos são baseados nas empresas japonesas, onde as características principais são integração e desenvolvimento paralelo.

No processo de desenvolvimento de um novo produto, os fornecedores são envolvidos para que suas contribuições sejam consideradas. Ao mesmo tempo, as várias atividades dos diferentes departamentos da empresa, que serão envolvidos no processo, são integradas para trabalhar no projeto simultaneamente. O processo todo acontece num sistema integrado de trabalho.

Miller (1995) evidencia na quarta geração a necessidade de um processo constante de aprendizado com os clientes como o único caminho de negociação no ritmo acelerado e global das mudanças. Na busca da informação tecnológica também há necessidade de conhecer a sua demanda para melhorar o gerenciamento da informação dentro do processo de inovação. A busca pela interação com o cliente torna – se fundamental para identificação de novas oportunidades de negócios. Desta forma, a quarta geração do processo de inovação evolui para a quinta geração.

A quinta geração (década de 1990) é caracterizada pelo modelo *networking model* ou modelo de trabalhos em rede. Esta geração é o estágio mais avançado que muitas empresas inovadoras desejam alcançar ou manter. O *networking model* é caracterizado por forte interação vertical dentro da empresa, interação horizontal externa (pesquisa colaborativa; união de pesquisa, desenvolvimento e risco; alianças estratégicas para P&D de base), desenvolvimento de processos integrados e paralelos e o uso de sofisticadas ferramentas eletrônicas. Alguns elementos estratégicos que caracterizam o processo de inovação da quinta geração: i) estratégias baseadas no fator tempo; ii) desenvolvimento focalizado não no preço, mas na qualidade e em outros elementos; iii) ênfase na flexibilidade e responsabilidade da organização; iv) foco no cliente; v) integração com fornecedores primários; vi) cooperação tecnológica horizontal; vii) processamento eletrônico de dados; viii) política de controle da qualidade total.

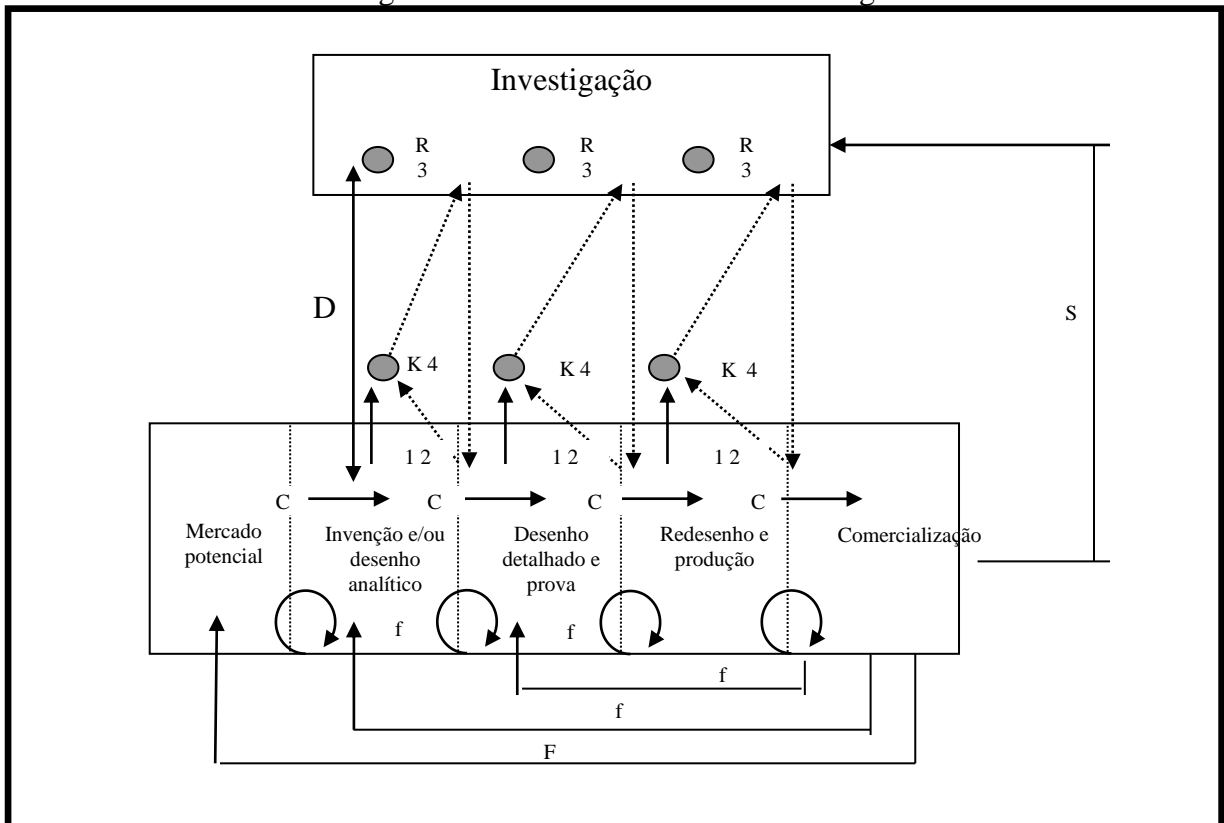
No modelo interativo, a inovação é apresentada como um processo complexo de interações entre os agentes envolvidos nas diferentes etapas, entre eles estão as universidades, os laboratórios e o mercado. Neste modelo, as atividades determinam e são determinadas pelo mercado. O modelo de Kline e Rosenberg (1986), na Figura 4, ilustra esta concepção da inovação de desenvolvimento de processos integrados. Neste modelo existem cinco vias possíveis de inovação. A primeira via é a chamada cadeia central de inovação (representada pelas ligações C). O ponto de partida da inovação encontra – se na detecção de um mercado potencial para uma invenção (um novo conceito) ou para um projeto analítico (reorganização de conhecimentos pré – existentes) de um produto, a que se seguem as fases de desenvolvimento (projeto de detalhe, testes, apuramento dos pormenores, novo projeto), de produção e de comercialização. Esta cadeia central, em si mesma, remete para uma visão linear, embora, aqui, a inovação tenha por ponto de partida e de chegada o mercado.

Quando é detectada uma necessidade de mercado, esta só será satisfeita se os conhecimentos científicos e tecnológicos existentes lhe puderem dar resposta. Por outro lado, um novo projeto só será posto em prática se for verificada a existência de um mercado para essa inovação, ou seja, se a possibilidade de sucesso comercial for real. Contudo, muitas vezes é a existência de uma nova tecnologia que cria o seu próprio mercado, deste modo, a inovação é determinada por dois conjuntos distintos de forças que interagem: as de mercado e as científicas e tecnológicas.

Entre todas as fases desta cadeia central podem verificar – se efeitos de *feedback* ou retroação (ligações f e F). Esta é a segunda via de inovação. Estes efeitos implicam a

interligação entre as atividades de especificação do produto e de desenvolvimento e os processos de produção e de comercialização. A terceira via de inovação resulta das múltiplas ligações entre a cadeia central (C), os domínios do conhecimento acumulado ao longo do tempo (K), e a investigação ou conhecimento novo (R). Em geral, a empresa inova utilizando os conhecimentos acumulados ao longo do tempo (ligações 1 e 2).

Figura 4 – Modelo de Kline e Rosenberg



Fonte: Elaboração própria a partir de Kline e Rosenberg (1986).

Quando se verifica um problema no processo de inovação, recorre – se primeiro ao estoque de conhecimento disponível (ligação 1). Se, mesmo assim, o problema não se resolve, como frequentemente acontece, recorre – se à investigação (ligação 3). Contudo, pode ser mais difícil obter uma solução através da investigação do que utilizando o estoque de conhecimento existente. Deste modo, o retorno da investigação para a aplicação prática é problemático, por esse motivo que a ligação 4 vem tracejada. Assim, a ligação da ciência à inovação não se faz somente ou preponderantemente no início do processo de inovação, mas ao longo de toda a cadeia central, à medida das necessidades. Estas ligações ao longo da cadeia central, entre os elementos desta cadeia, a ciência e o conhecimento disponível, permitiram dar ao modelo o nome de modelo de ligações em cadeia (CHRISTENSEN e RAYNOR, 2003).

A quarta via representa o avanço do conhecimento técnico – científico na origem das inovações radicais (ligação D). Estas inovações radicais são raras, mas, quando ocorrem, provocam, quase sempre, grandes mudanças que, geralmente, se encontram na origem de novas indústrias. São exemplos recentes de inovações radicais, os semicondutores, os novos materiais, o laser, a engenharia genética e a biotecnologia.

A quinta via (ligação S) representa a realimentação dos produtos da inovação (máquinas, instrumentos e procedimentos tecnológicos) para a ciência. Com este modelo, Kline e Rosenberg (1986) afirmam a importância que a sofisticação tecnológica tem para o sucesso de uma inovação. Neste sentido, dão exemplos de algumas inovações que foram um sucesso em termos tecnológicos, mas que acabaram por ser um fracasso em termos comerciais.

Albuquerque e Cassiolato (2000) consideram que todos os processos de inovações gerenciais têm características comuns, como: a preocupação com a qualidade e a produtividade, produção flexível, utilização de recursos humanos polivalentes ou multifuncionais, trabalho em grupo e formas organizacionais conducentes à criação de clima favorável à inovação.

Lastres et al. (2005) esclarecem que o processo inovativo não é determinista e não segue uma fórmula pronta; ele é socialmente construído pelos atores envolvidos ou interessados na geração da inovação, e, portanto, deve ser entendido como uma série de interações e trocas entre pesquisadores, usuários, técnicos, cientistas, governo, empresas, os quais constituem uma rede de inovação. De acordo com Schumpeter (1997), é necessário que se desenvolvam meios para se integrar materiais e conhecimentos para se alcançar o desenvolvimento econômico e, para isto, é necessária a introdução descontínua de novas combinações dos elementos citados a formação destas novas combinações é o processo inovador.

A evolução de um modelo de inovação linear para um modelo interativo demonstra o quanto deve ser dinâmico um processo que tenha como base uma inovação com a interação entre diversos atores, cada um com contribuições próprias e complementares, característica de uma visão sistêmica, de um ambiente empresarial que pode ser traduzido cada vez mais como dependente de mudanças externas a organização e que inevitavelmente deverão conduzir à sua sustentabilidade (RODGERS, 2007). Apesar de diferenças estruturais, socioeconômicas e culturais existentes nas organizações inovadoras, ainda assim, elas possuem similaridades,

principalmente na política de recursos humanos, tendo como premissa básica a valorização do talento humano (ALBUQUERQUE E CASSIOLATO, 2000).

Sob essa perspectiva, o modelo *Stage – Gate*®¹⁰ ou modelo de estágios e pontos de decisão é um sistema de gestão da inovação que visa à aceleração do lançamento de novos produtos, tecnologias e/ou serviços, levando em conta o equilíbrio entre as necessidades e demandas imediatas do mercado, além do planejamento estratégico de longo prazo de uma empresa a partir da forte integração de atores. Desde então, ele foi ricamente aprimorado e hoje é utilizado por organizações dos mais diversos ramos do mercado. O processo *Stage – Gate*® foi desenvolvido por Robert G. Cooper em 1986 sob a perspectiva da integração das particularidades do risco do negócio provendo maior agilidade a sequencia de atividades, valorizando a ação pessoal dos colaboradores nas organizações.

Todas as fases do *Stage – Gate*® podem ser realizadas internamente na organização. Essa forma de realizar P&D foi denominada por Chesbrough (2003) de “*closed innovation*”, ou inovação fechada. Para o autor, o fato de várias atividades serem frequentemente únicas para cada empresa, os investimentos em P&D, eram específicos de cada organização. As empresas que adotam um modelo de inovação fechado limitam – se a utilizar seus recursos internos, investem apenas nos talentos de suas próprias empresas, têm grande preocupação em ser pioneiros e com a originalidade de seus lançamentos, e controlam suas patentes, impedindo que terceiros as utilizem.

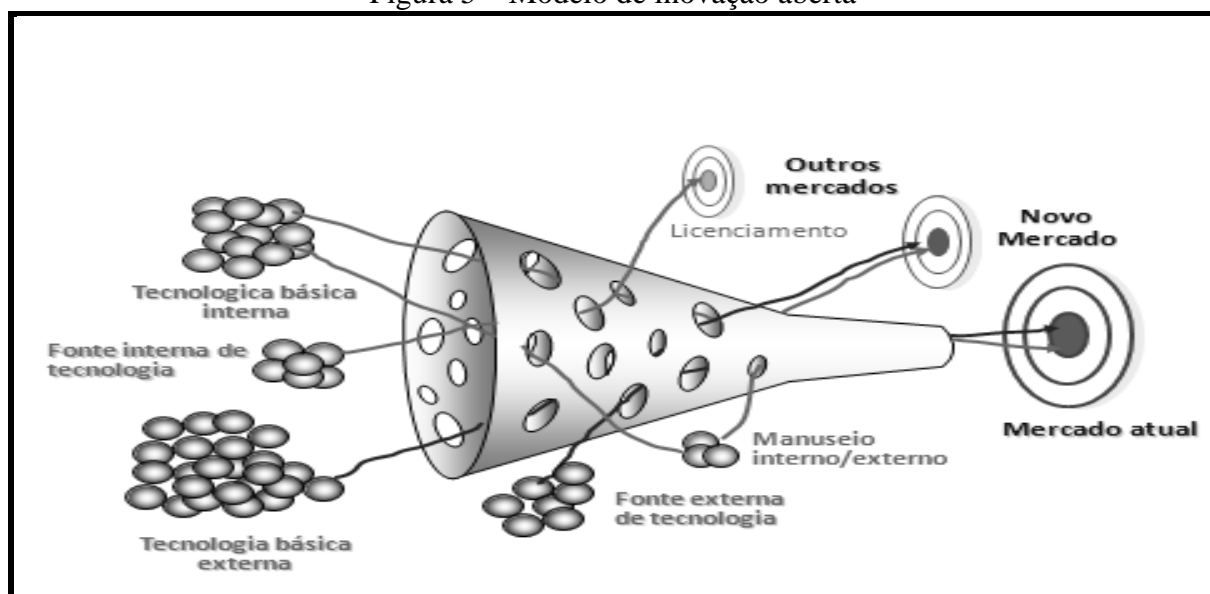
Nesse sentido, surge a contextualização da inovação aberta onde ocorrem a utilização de fluxos intencionais de conhecimento para dentro e para fora da empresa para acelerar a inovação interna e expandir os mercados para o uso externo da inovação. Para Chesbrough (2003) inovação aberta é um paradigma que assume que organizações podem e devem usar ideias externas tanto quanto internas, e caminhos internos e externos ao mercado, quando elas buscam avançar suas tecnologias, conforme demonstrado na Figura 5.

A forma de desenvolver a inovação aberta não significa um fenômeno completamente novo. Alguns autores a relacionam ao conceito de capacidade absorptiva (COHEN et al., 1998; CHAN et al., 1998 e PHILLIPS et al., 1984), que se refere à competência das empresas em não, apenas, gerenciarem inovações internas, mas, também, de serem aptas a acessar e absorver ideias, ciência e outros tipos de conhecimentos como recursos externos à inovação. A capacidade de absorção é a habilidade da empresa em reconhecer o valor das informações novas e externas, assimilá – las e aplicá – las para fins comerciais.

¹⁰ Stage – Gate ® é uma marca registrada do Product Development Institute Inc.

Na inovação aberta, há processos realizados internamente e outras atividades realizadas com parceiros externos. Mas, de maneira geral, as organizações não inovam isoladamente, pois a fronteira entre a empresa e o ambiente ao seu redor é porosa. Isto acontece porque as empresas dependem de ativos de conhecimentos externos críticos para a realização com êxito do seu esforço inovador (CHRISTENSEN e RAYNOR, 2003).

Figura 5 – Modelo de inovação aberta



Fonte: Adaptado de Chesbrough (2003).

Empresas que trabalham este modelo respeitam de forma positiva as contribuições intelectuais das pessoas de dentro e fora da organização. Além disso, buscam, essencialmente, lançar produtos que sejam rentáveis, licenciam patentes para terceiros, franqueiam a troca de conhecimentos e incorporam tecnologias de outros, dividindo riscos e benefícios. Há, portanto, uma clara preocupação com o conceito de promover a gestão da inovação por meio de processos sustentáveis em longo prazo e não somente em lançar produtos originais (WEST e LAKHANI, 2008)

Segundo Cassiolato e Lastres (2000) a inovação constitui – se em um processo de busca e aprendizado que é socialmente determinada e fortemente influenciada por formatos institucionais e organizacionais específicos, tais como a diversidade regional e especificidades locais. Neste cenário, cada ator ou agente tem um papel importante para a criação e desenvolvimento da inovação. Essa perspectiva toma como ponto de partida o sistema de produção e o fato de que partes importantes da base de conhecimento são tácitas e derivam do aprendizado, baseado em rotinas e não apenas em atividades de busca relacionadas à ciência e tecnologia. Dessa forma, o desempenho de inovação da economia é sistêmico, no sentido de

que depende não apenas das capacidades de inovação das organizações, mas também de como elas interagem entre si, com o setor financeiro, com instituições de pesquisa e o governo (CASSIOLATO et al., 2005).

De acordo com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE, 2003), todo território é uma construção subjetiva, isto é, depende da ação de um sujeito que o institui, podendo este sujeito ser endógeno ou exógeno ao território. Sendo assim, o território é uma rede de relações sociais, políticas, socioeconômicas e culturais, projetadas em um determinado espaço e observando determinadas escalas e diferentes contextos, como a casa, o bairro, a cidade, a região, a nação e o planeta (CASSIOLATO e LASTRES, 2005).

Davenport e Prusak (1998), afirmam que o conhecimento organizacional é um dos pilares que sustentam a inovação e seus processos na maneira como as organizações gerenciam o seu capital intelectual, de fundamental importância na geração e manutenção do conhecimento empresarial. Todavia, o processo de inovação e transferência de conhecimento não é um processo simples, unidirecional, que ocorre em um determinado tempo. Ao contrário, segundo Mowery e Rosenberg (1989), esse processo é complexo e interativo, pois o fluxo de informações ocorre em duas vias, e, é idealizado como uma atividade de contínua pesquisa que é formada e estruturada pelas forças econômicas, pelo conhecimento tecnológico e pela demanda dos consumidores por diferentes categorias de produtos e serviços.

Independente da análise sob os aspectos da inovação, e sua ênfase, originalmente, tecnológica, Tidd et al. (2005) esclarecem que a inovação por si, e os processos de inovação, não se caracterizam como algo simples e pontual como uma sequência de atividades, mas sim um processo complexo, recursivo que ocorre em ciclos de variação, seleção e retenção determinando uma natureza, constantemente, dinâmica.

2.2 INOVAÇÃO EM SERVIÇOS

Constata – se que grande parte dos estudos sobre a inovação concentra – se na inovação tecnológica, na indústria transformadora, refletindo que a teoria da inovação tem suas raízes em um tempo onde a manufatura ainda era a principal atividade econômica (DROEGE et al., 2009). Gallouj e Savona (2008) ressaltam que estudos de inovação em serviços ainda estão em fase de desenvolvimento, em que as abordagens que aplicam uma

lógica de produção tradicional, com a inovação de serviços, coexistem com abordagens que observam serviço como atividades distintas.

Esse trabalho parte do principal ponto de referência para avaliar os conceitos de inovação de serviços, no que se segue, tendo como ideias seminais, uma perspectiva *mainstream*, ou seja, sob a ótica das definições Scumpeterianas da inovação, como expostas, previamente, que estão intimamente relacionadas ao desenvolvimento econômico e, por consequência, o desenvolvimento social. Conforme alerta Drejer (2004) o desenvolvimento atual de uma abordagem sobre avaliação da inovação em serviços não pode, sob qualquer aspecto, abstrair os conceitos fundamentais e originais da inovação, pois estariam relegando todos os aspectos primordiais dos estudos econômicos que ocasionaram os temas de inovação.

2.2.1 Conceito de Serviços

Para uma análise sobre inovação em serviços, torna – se necessário resgatar algumas definições e características intrínsecas do setor de serviços. A primeira delas, diz respeito a uma definição precisa de bens e serviços, que de acordo com Sasser et al. (1978), deve distingui – los com base em seus atributos. Um bem é um objeto físico tangível ou produto que pode ser criado e transferido. Um serviço é intangível e perecível; é uma ocorrência ou processo que é criado e usado simultaneamente ou quase simultaneamente. Embora o consumidor não possa conservar o serviço real após ele ter sido produzido, o efeito do serviço pode ser mantido.

De acordo com Grönroos (1990), serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível que normalmente, mas não necessariamente, ocorre em interações entre consumidores e empregados de serviços, ou sistemas do fornecedor do serviço, que são oferecidos como soluções para os problemas do consumidor.

A maior parte dos *experts* nessa área, afirma Quinn et al. (1987) considera que o setor de serviços abrange todas as atividades econômicas cujo produto não é um bem físico ou fabricado; geralmente ele é consumido no momento em que é produzido e fornece um valor agregado em formas (tais como conveniência, diversão, oportunidade, conforto ou saúde) que representam essencialmente interesses intangíveis do seu primeiro comprador.

O problema mais importante da análise em relação ao serviço é a natureza difusa do seu produto, devido à imateriabilidade do resultado na produção da entrega. A produção do serviço não está incorporada em qualquer coisa que esteja fisicamente quantificável

(GADREY, 2001). Assim, a análise do serviço pode ser considerada um processo, uma sequência de operações, uma fórmula, um protocolo, ou mesmo, uma solução de problemas.

No entendimento de Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005) um serviço é uma experiência perecível, intangível, desenvolvida para um consumidor ou usuário, que desempenha o papel de coprodutor. Ainda de acordo com o mesmo autor, é difícil determinar a diferença entre um produto e um serviço, pois a compra de um produto é acompanhada de algum serviço de apoio (por exemplo, instalação), e a compra de um serviço muitas vezes inclui mercadorias (por exemplo, alimentos em um restaurante). Cada compra inclui um conjunto de bens e serviços.

A relação de serviço envolve as interações diretas que se dão ao longo do processo produtivo, o qual tem a participação do cliente como elemento essencial. Diz respeito, igualmente, aos aspectos sociais que envolvem esta interação, bem como aos mecanismos que a regulam e permitem sua consecução (GADREY, 1994). A imanência da relação de serviço na produção de serviços confere a esta um componente social incontornável, que se reflete na definição do produto do serviço.

Consoante isso, várias são as definições propostas pelos autores que se debruçaram sobre o estudo da administração dos serviços. Embora estas definições apresentem, por vezes, diferenças significativas, algumas características diferenciadoras dos serviços são comuns a maioria dos aqui mencionados como, por exemplo, intangibilidade, simultaneidade entre produção e consumo, precibilidade, participação do consumidor no processo de produção e impossibilidade de conservação do serviço após ele haver sido produzido, sendo que o consumidor pode manter unicamente os efeitos do serviço após o ato do consumo.

A contribuição de Griliches (1992) ainda pode ser considerada o relato mais exaustivo, sobre os problemas de medição relacionados com a atividade de saída do setor serviço que incluem em sua análise:

- a) A natureza e o teor da transação;
- b) A natureza do envolvimento do usuário na definição da saída do serviço, o que torna mais difícil de padronizar, e, conseqüentemente, o preço;
- c) A mudança de qualidade que é mais difícil de identificar nos serviços tendo em conta o preço praticado.

A diversidade que apresenta o setor de serviços é reconhecida e classificada por Howells e Tether (2004) em quatro grupos: serviços relacionados a produtos (como transporte e logística), serviços baseados em informação (tais como os *call centers*), serviços que tratam

basicamente de conhecimento e serviços que envolvem as pessoas (cuidados com a saúde). A diversidade deve ser levada em consideração, porém em geral as características do setor de serviços em relação à inovação, são muito semelhantes.

O setor de serviços, atualmente, apresenta – se como uma nova estratégia para a competitividade dos países no mercado globalizado. Principalmente na última década esse setor ganhou destaque na economia brasileira não apenas em volume de faturamento, mas também na geração de empregos. Para Andreassi (2002) essa não é uma tendência apenas brasileira. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, o setor de serviços representa 71% do Produto Nacional Bruto (PNB) americano e 75% do nível de emprego. Contudo, um aspecto que parece ter recebido pouca atenção por parte de acadêmicos e pesquisadores, de acordo com Djellal e Gallouj (2005) e DeVries e Erik, (2006), apesar de sua crescente importância econômica, é o da inovação em serviços.

Não somente os setores identificados eminentemente com a prestação de serviços, como instituições financeiras, educacionais, de telecomunicações, infraestrutura e saúde, mas também o setor industrial tem procurado na inovação em serviços formas de diferenciação capazes de gerar vantagens competitivas sustentáveis em seus mercados, em virtude da capacidade dos serviços em criar valor para os consumidores.

2.2.2 Trajetória da Inovação em Serviços

Em seguimento à importância do setor de serviços para as economias, a inovação em serviços se tornou um tema da atualidade (DEN HERTOOG et al., 2011). No entanto, a discussão analítica e pormenorizada sobre sua natureza científica, encontra vertentes divergentes entre si, a partir de um enfoque multidisciplinar, incluindo as teorias de serviços gerais, teorias gerais da inovação e teorias ligadas ao desenvolvimento de novos serviços e gestão da inovação. Corroborando, Robson (2011) descreve que essa situação é favorável, visto que a partir das divergências, que encontramos espaço para o desenvolvimento do conhecimento. No entanto, acompanhando o aporte de Toivonen e Tuominen (2009), percebemos que a principal diferença na análise entre as várias teorias da inovação em serviços, presente na literatura, é a medida que os pesquisadores vêem empresas de serviços diferente das empresas de manufatura e de serviços do produto como diferente de produtos manufaturados.

Na visão de Andreassi (2002) e Hackett (1990) mesmo com a importância adquirida pelo setor de serviços, a inovação continua sendo caracterizada pela aplicação de tecnologia, incluindo da informação, gerando resultados ainda aquém do esperado.

Conforme Gallouj (1994) a inovação em serviços, ainda, apresenta características que têm como ponto de partida a introdução de algum aparato tecnológico como característico da inovação. Isso pode ser atribuído em parte pela condução das primeiras teorias de inovação em serviços estar atreladas ao desenvolvimento tecnológico.

Barras (1986; 1990) tem sido frequentemente mencionado na literatura científica (GALLOUJ e WEINSTEIN, 1997; GANN e SALTER 2000; DREJER, 2004; HIPP e GRUPP, 2005; CAINELLI et al., 2006; TOIVONEN e TUOMINEN, 2009) como o precursor de uma teoria sobre inovação que se concentre, especificamente, sobre serviços e, esclarece que a inovação em serviços percorreria um ciclo reverso do esperado na introdução de inovações tecnológicas, ou seja, inverso ao que se poderia esperar de um processo de destruição criadora, conforme desenvolvido por Schumpeter (1934).

Estudos mais recentes (SPOHER e MAGLIO, 2008; ALAM, 2006; DROEGE et al., 2009) argumentam que as inovações de serviços não estão necessariamente ligadas à tecnologia, e, geralmente contam com a direção teórica dos pressupostos de Schumpeter (TOIVONEN e TUOMINEN, 2009). Para Hauknes (1998) a inovação em serviços envolve características genéricas, existindo um processo de convergência ao longo de um *continuum* entre manufatura e serviços. O padrão da inovação, ou a trajetória, seguido por uma organização dependerá de sua percepção e de suas escolhas frente à ação de vários agentes que com ela interagem no processo da inovação.

Tidd et al. (2005) estão entre os proeminentes defensores da visão que a inovação nos serviços e na manufatura podem ser analisados usando um padrão genérico em comum. Na verdade, eles transferem um padrão desenvolvido, originalmente da descrição dos processos de inovação na indústria para o contexto do serviço, com discretas modificações. Assim, um processo de inovação em serviços seria, essencialmente, um esforço de gestão do projeto, a partir de uma ideia terminando com a sua implementação. As inovações seriam definidas como inovações de produtos e processos, conduzindo a ideia de que um produto, serviço e prestação de serviços poderiam ser projetados, independentemente, uns dos outros.

Obviamente, que a abordagem por Tidd et al. (2005) apresenta boa resposta para alguns serviços, especialmente no setor de serviços financeiros, a partir do qual os dados empíricos utilizados, por esta escola de pensamento, em grande parte se origina. Porém, logo

que questões organizacionais relacionadas ao serviço são incluídas na análise, iniciam as dificuldades de discernimento, como aponta Den Hertog et al. (2010).

Assim, o processo de inovação em serviços tende a ser contínuo, sendo constituído por uma série de mudanças incrementais, tanto em produto, quanto em processo. Esse fato pode eventualmente dificultar a identificação das inovações em serviços em relação a eventos isolados, como a implementação de uma mudança significativa em processos, produtos, e outros métodos (WINDRUM, 2008).

O conjunto das características distintivas entre um produto e um serviço configura tanto desafios quanto oportunidades para os gestores em qualquer segmento. Assim como no caso dos produtos tangíveis, os serviços também precisam ser dotados de características que os distingam dos concorrentes. Lovelock e Wright (2002) salientam que, com o aumento da competitividade e do nível de exigência dos clientes, a inovação nos serviços prestados passa a desempenhar um papel cada vez mais importante para o sucesso das organizações.

Gadrey (2001) afirma que a típica empresa de serviços inovadora tende a investir menos em P&D do que as companhias de manufatura, mas que este dado, isoladamente, é insuficiente para mensurar o dinamismo destas organizações, uma vez que os esforços em treinamento e *marketing* usualmente não são incluídos nas estatísticas convencionais. Além do mais, as estatísticas existentes, normalmente, são baseadas em categorias previamente desenvolvidas para bens tangíveis, que nem sempre são as mais adequadas para descrever as especificidades dos serviços.

Em outros casos, as inovações em serviços respondem a necessidades internas à organização, sobretudo atinentes à padronização de processos e racionalização de custos. Neste aspecto, uma característica que tem marcado a evolução dos serviços nas últimas duas décadas, aproximadamente, tem sido uma tendência à padronização, normalmente associada aos produtos manufaturados e bastante difícil de implementar na produção de serviços (GADREY, 2001).

Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005), serviços são ideias e conceitos, enquanto que produtos são objetos. Assim, ao contrário dos produtos, inovações em serviços não são patenteáveis, ou passíveis de proteção contra a concorrência. Por este mesmo motivo, a mensuração das inovações em serviços é um processo radicalmente diferente, uma vez que não se pode medir o nível de investimento em inovações em serviços por meio do registro de patentes, como no caso das inovações tecnológicas de produtos e processos.

Outra dificuldade de mensuração, tanto do volume de inovações em serviços quanto da própria dimensão do setor de serviços nas economias é o já citado incremento da dimensão de serviços nas organizações manufatureiras, descrito por Castellacci et al. (2005). De acordo com este autor, isto significa que as companhias manufatureiras, estão perseguindo estratégias de *marketing* que visam complementar seus produtos tangíveis com um componente intangível utilizando as características – chave do serviço arquetípico, tais como intangibilidade, interatividade e intensidade de informação.

O problema da mensuração dos serviços torna – se particularmente desafiador quando a tarefa destina – se a apreender e compreender os padrões de inovação. Além da própria dificuldade em definir claramente o que são os serviços, há desafio de conseguir detectar novidades e alterações de qualidade dos serviços. As já tênues fronteiras entre inovações tecnológicas e organizacionais, ou entre inovações de produto e de processo, se tornam ainda mais indefinidas no caso dos serviços (CASTELLACCI et al., 2005; VANDER Aa e ELFRING, 2002).

Análoga à situação das dificuldades no setor manufatureiro, as instituições públicas que possuem como produto final a prestação de serviços, no caso da saúde, encontram as mesmas resistências (DJELLAL e GALLOUJ, 2006). Em muitos casos, o tamanho e a complexidade do ramo do setor público são consideradas possíveis barreiras ao processo da inovação. No caso do setor da saúde, sua complexidade composta por sistemas, subsistemas interligados a multiníveis e aliados, paralelamente, a quantidade de diferentes formações profissionais e diversos arranjos organizativos, conferem uma situação ainda mais diferenciada (KOCK e HAUKNES, 2005; HARTLEY, 2005).

De acordo com Windrum (2008) e Hartley (2005), estudos sobre inovação nos serviços públicos, aplicam o mesmo referencial usado para avaliar o setor comercial, adaptando – o a algumas peculiaridades do objeto de estudo. Gallouj e Windrum (2009) ressaltam que estudos sobre inovação nos serviços públicos são serviços complexos produzidos pela combinação de um número variável de outros serviços constituintes.

Como já abordado, previamente, um dos pontos cruciais para a abordagem da teoria de inovação em serviços, é, justamente, o enfrentamento da relação produto – processo na análise das inovações e, conseqüentemente a construção de conceitos que permitam incorporar, inovações não – tecnológicas. Dessa forma, Koch e Hauknes (2005) esclarecem que qualquer caracterização do processo de inovação deve, inicialmente, partir da concepção da inovação como uma resposta da organização às pressões do ambiente onde elas atuam.

Assim, baseado nessa perspectiva, a distinção de produto – processo não seria pontual para definir a inovação e se aproximaria a uma possibilidade de discussão baseado nas ideias seminais de Schumpeter (1934) reforçadas por trabalhos de Nelson e Winter (1982) à produção de serviços inovadores.

Apostando nessa perspectiva, na Figura 6, aponta – se a evolução das principais vertentes conceituais sobre inovação em serviços. Considera – se, para tanto, o trabalho, desenvolvido por Salter e Teather (2006) sobre os principais períodos de investigação da inovação em serviços desde os anos 80 até a atualidade, divididos em:

- a) Período da Negligência: etapa até os anos 80, predominando, fraca articulação sobre a temática da inovação nos serviços ou mesmo sobre os serviços em geral, apesar do aporte teórico de Fuchs (1968) e Abernathy e Utterback (1978) quanto a transformação das economias avançadas para economias, predominantemente, pós – industriais ou economias de serviços. Dado que as empresas de serviço, neste período, não desenvolvem com frequência atividades de P&D e não registravam um número significativo de patentes (indicador considerado essencial, até o momento, para medição da prática inovadora), estas empresas eram consideradas irrelevantes na inovação. Abernathy e Utterback (1978) foram os primeiros autores a considerarem o serviço (embora, sem muito esclarecimento) na relação da trajetória dos processos de produção industrial. Conforme classificou Pavitt (1984), considerando a dinâmica setorial da inovação, classifica o setor de serviços como integrante do grupo dominado pelos fornecedores e, pouco interessante considerando o enfoque da produção de tecnologia;
- b) Período da Assimilação: essa fase da investigação, a partir de meados da década de 80, caracterizava – se pela tentativa de estudar a inovação nos serviços usando as ferramentas conceituais desenvolvidas para compreender a inovação na indústria (novamente, com ênfase na condição tecnológica). Aqui, ressalta – se o esforço de desenvolvimento de uma teoria da inovação nos serviços efetuado, a partir dos trabalhos de Barras (1986; 1990). Outra importante iniciativa foi a de Miozzo e Soete (2001), através da adaptação da taxonomia de Pavitt (1984) para o caso dos serviços. Nessa mesma linha de investigação, Evangelista (2000), classificou as inovações em serviços em estudo empírico nas empresas de serviços da Itália;

- c) Período da Demarcação ou Diferenciação: emergiu após os anos 90 focalizando – se na inovação organizacional, na inovação em serviços de informação e conhecimento, como, por exemplo, em empresas de consultoria, projeto e *design*, entre outras, onde o papel da tecnologia era menos evidente no que tange as atividades industriais. Essa linha de investigação protestou ao desenvolvimento de conceitos mais sensíveis às particularidades dos serviços, sobretudo que considerassem a intangibilidade, e, a grande dependência nas pessoas com elevados níveis de interação. Exponentes desse período, são os trabalhos de Gadrey et al. (1995), Sundbo e Gallouj (1998a; 1998b), Hauknes (1998) dentre outros.
- d) Período de Síntese ou Integradora: destaca a atual complexidade e o caráter multidimensional da produção de serviços tanto na produção industrial como na de serviços. Esse deslocamento na ênfase requereu a utilização de muitos conceitos e teorias externas ao campo tradicional dos estudos sobre inovação. Explora a hipótese de convergência entre indústria e serviços. O trabalho de Gallouj e Weinstein (1997) é apontado como iniciador dessa orientação, conforme consenso na literatura (HIPP e GRUPP, 2005; SPOHER e MAGLIO, 2008; OKE, 2007; DROEGE et al., 2009; METCALFE et al., 2005), dentre outros. Uma afirmação que configura, claramente, a visão sintética do período, foi a de Drejer (2004) de que o conceito original de Schumpeter (1912) sobre a inovação é suficiente amplo, para abranger indústria e serviços.

Dessa forma, nos trabalhos, expostos na Figura 6, observam – se os ensaios em analisar e propor formas de avaliação das inovações em serviços a partir das dicotomias que as características em serviços impõem.

Sobre essa perspectiva, um artigo elaborado por Gallouj e Savona (2008), aborda o debate dos últimos 20 anos, sugerindo uma agenda de pesquisa para a literatura de inovação em serviços ressaltando a falta de uma concepção cuidadosa de análise o que, provavelmente, também leva a uma subestimação da inovação nesta área. A dificuldade, torna – se maior, pela variedade de segmentos analisados, em pesquisas empíricas, no setor de serviços, o que faz – se necessário um recorte a fim de adaptar a proposta desta Tese de Doutorado.

Figura 6 – Evolução das principais vertentes conceituais sobre inovação em serviços

Período	Autor	Características
Negligên- cia	Abernathy e Utterback (1978)	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.

	Pavitt (1984)	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.
Assimilação	Saviotti e Metcalfe (1984)	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, claramente, definido para bens manufaturados.
	Barras (1986; 1990)	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.
	Sirilli e Evangelista (1998)	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 e objetivos da estratégia de inovação nas empresas. Categorização da dimensão de inovação em serviços em inovação de produto e inovação de processo.
Demarcação ou Diferenciação	Gadrey et al. (1995)	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.
	Sundbo e Gallouj (1998a; 1998b)	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 internas (organização <i>per se</i>) e externas (mobilizadas por trajetórias e atores) que conduzem a inovação.
	Hauknes (1998)	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 nos moldes industriais.
Síntese ou Integradora	Gallouj e Weinstein (1997; 2002)	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.
	Drejer (2004)	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 reproduzíveis, determinando que essa visão não passa de uma aprendizagem cumulativa.
	Djellal e Gallouj (2005)	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.

DeVries; Erik (2006)	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.
Windrum e García – Goñi (2008)	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.
Den Hertog et al. (2010)	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.

Fonte: Elaboração própria.

Assim, um projeto de âmbito da Comunidade Europeia denominado SI4S (*Services for Innovation – Innovation for Services*), coordenado pelo *Step Group*¹¹, de Oslo, na Noruega, reuniu os principais ensaios, através de onze grupos de pesquisa de 10 países, a respeito dos temas de inovação em serviços, baseado em pesquisas realizadas na Dinamarca, França e Noruega e ressalta uma classificação, comum, da inovação em serviços em três abordagens teóricas fundamentais, expostas a seguir:

- a) Abordagem tecnicista (assimilação): a inovação em serviços trata da introdução de novos equipamentos e sistemas de comunicação e informação. Esta abordagem tem como principal enfoque a noção de que as inovações em serviços seriam consequência de processos de difusão de inovações da indústria (GALLOUJ, 1997). A maior influência dessa abordagem decorre de Barras (1990) através da compreensão do seu modelo de ciclo reverso. Três fases de evolução são identificadas em seu modelo, a inovação incremental de processo, a inovação radical de processo e, inovação de produtos. Barras (1990) argumenta que a natureza da inovação introduzida depende das diferentes fases de adoção da TI e, a existência, de uma curva de aprendizado por trás do processo de adoção. Essa abordagem coloca em prioridade a indústria restringindo sua análise, ou seja, tendo em conta apenas as características tecnológicas de inovação podem levar a uma subestimação da variedade da inovação não tecnológica, rica no setor de serviços;
- b) Abordagem baseada em serviços (diferenciação): traz em seus pressupostos os conceitos de Schumpeter (1934), onde analisa especificamente o setor de serviços, levando em conta sua natureza e organização. Esta abordagem enfatiza o conceito de inovação *ad hoc*, trata – se da inovação que surge ao longo do relacionamento

¹¹ Disponível em <<http://survey.nifu.no/step/old/Projectarea/si4s/index.htm>>.

entre o prestador de serviço e o usuário, e que só pode ser reproduzida parcialmente (GADREY et al., 1995). Da mesma forma, oferece oportunidades para a inovação na elaboração do serviço, incluindo produção e processo (HAUKNES, 1998);

- c) Abordagem integradora: corrobora a importância de que as especificidades da inovação em serviços sejam incorporadas, porém não é necessária uma teoria específica para os serviços. Serviços e indústria poderiam ser analisados sob o mesmo marco analítico, sendo o elemento central de diferenciação a intensidade da relação de serviço (GADREY, 2001). Representa a corrente mais promissora em termos de avanços teóricos de inovação em serviços, de acordo com Gallouj (2002), Droege et al. (2009), Drejer (2004), DeVries e Erik (2006) e pode ser interpretada por meio da especificidade dos serviços e a forma como tratá-la. Neste cenário, cada serviço pode ser caracterizado como o resultado de combinações das capacidades individuais dos produtores e usuários/clientes, e das características técnicas necessárias à prestação e consumo do serviço, os prestadores/produtores de serviços dispõem ao cliente/usuário inovações personalizadas (GALLOUJ e WEINSTEIN, 1997).

2.2.2.1 Abordagem Integradora

A abordagem integradora é baseada no enfoque Lancateriano (LANCASTER, 2001) de características do consumo. Kelvin John Lancaster foi um economista matemático ativo no desenvolvimento do cálculo de economia qualitativa propondo uma nova teoria da demanda do consumidor, modificando a então teoria tradicional da demanda microeconômica, determinando que os consumidores estejam buscando adquirir características e não, unicamente, bens.

Assim, Lancaster forneceu uma descrição conveniente das diferenças entre as economias de consumo menos desenvolvidos, em que há menos bens do que características, e economias mais desenvolvidas de consumo, em que há mais bens do que características determinando o modo, que os consumidores podem proteger qualquer combinação de características que desejam, sujeito apenas a restrições orçamentais (GALLOUJ, 2004). As limitações da teoria tradicional dizem respeito à omissão sobre as características intrínsecas dos produtos, pois ela parte do pressuposto que os bens são homogêneos, sendo os produtos

definidos, apenas, pelas características físicas, sua disponibilidade e local de disponibilidade. Nas palavras do autor:

Ordem de preferências ou utilidade são assumidas para classificar conjuntos de características, e, apenas, para classificar coleções de bens, indiretamente, através das características que possuem tais bens (LANCASTER, 1966, p. 133).

Em resumo, de acordo com Lancaster (1966) o bem em si, não oferece uma utilidade aos consumidores, mas possui características, e são elas que determinam sua utilidade. Além disso, o bem vai possuir mais de uma característica, e muitas características são partilhadas por mais de um bem, que quando combinados, podem possuir características diferentes daquelas que possuem os bens, separadamente. Tais características podem ser de ordem objetiva, mas também subjetiva, e, esses atributos que constituirão o objeto de escolha por parte dos consumidores. Lancaster (1966) expõe o exemplo da carne bovina, admitindo que além dos atributos levados em consideração como o do paladar e nutricionais ela possui, também, um atributo estético, subjetivo, mas que é assumido em consideração para uma escolha. Ou ainda, considerando a carne consumida em um jantar, entre amigos, ela tem um valor que não é o mesmo se considerar o produto carne ou o produto refeição social, separadamente. Sob essa perspectiva, que se torna possível pensar no consumo do serviço de saúde, considerando suas especificidades.

Dessa forma, as contribuições iniciais para a abordagem integradora partem da identificação da necessidade do cliente, sendo esta satisfeita tanto através do consumo de um bem ou serviço, ou de ambos, estando, assim, sob uma perspectiva funcional para a atividade econômica.

Gallouj e Weinstein (1997) correspondem ao principal precursor da abordagem integradora, baseados na proposta de Saviotti e Metcalfe (1984), e, consideram um produto (bem ou serviço) a ser representado por um conjunto de características que representam aspectos internos, relacionados a estrutura de um produto, e, aspectos externos, relacionados a soluções oferecidas ao usuário além das capacidades mobilizadas pelo prestador de serviço que estão interligadas, como demonstrado na Figura 7.

De acordo com Zarifian (2001), a lógica de produção de serviços exige profissionais com ampla formação e qualificação, ao invés de formação que se restringe a um trabalho específico com tarefas padronizadas. Conforme Gallouj (2002) ressalta, no caso de serviços de saúde, diferentes capacidades são mobilizadas para a produção final do serviço.

Assim, o conceito de capacidades, permeia a esfera conceitual de competências, a partir de uma visão multidimensional. A primeira dimensão pode ser observada na tomada de

iniciativa e de responsabilidade do indivíduo frente a uma situação complexa de trabalho, destacando o envolvimento pessoal do indivíduo, enquanto sujeito de suas ações com o trabalho. A segunda dimensão aponta o exercício sistemático de uma reflexividade no trabalho e inteligência prática das situações, que se apóiam sobre os conhecimentos adquiridos. A terceira dimensão refere – se à faculdade de mobilização de redes de atores, em torno das mesmas situações, chamando – os à co – responsabilidade em diferentes situações (ZARIFIAN, 2001). Fleury e Fleury (2001) concluem que essa definição para competências estaria relacionada a inteligência para ações apoiadas nos conhecimentos adquiridos que geram uma transformação quanto mais aumenta a complexidade de situações.

Nesse contexto de análise de inovações em serviços as capacidades são representadas pelo conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas à montante pela aprendizagem e formação. É um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros, que implica em mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades num contexto profissional determinado (LE BOTERF, 2003).

De acordo com a Figura 7, o vetor [Y] representa as características do serviço, o valor percebido pelos usuários finais. O vetor [T] representa as características técnicas do produto, material ou imaterial. O vetor [T] é o processo (tecnológico e não tecnológico) empregado para produzir o vetor [Y].

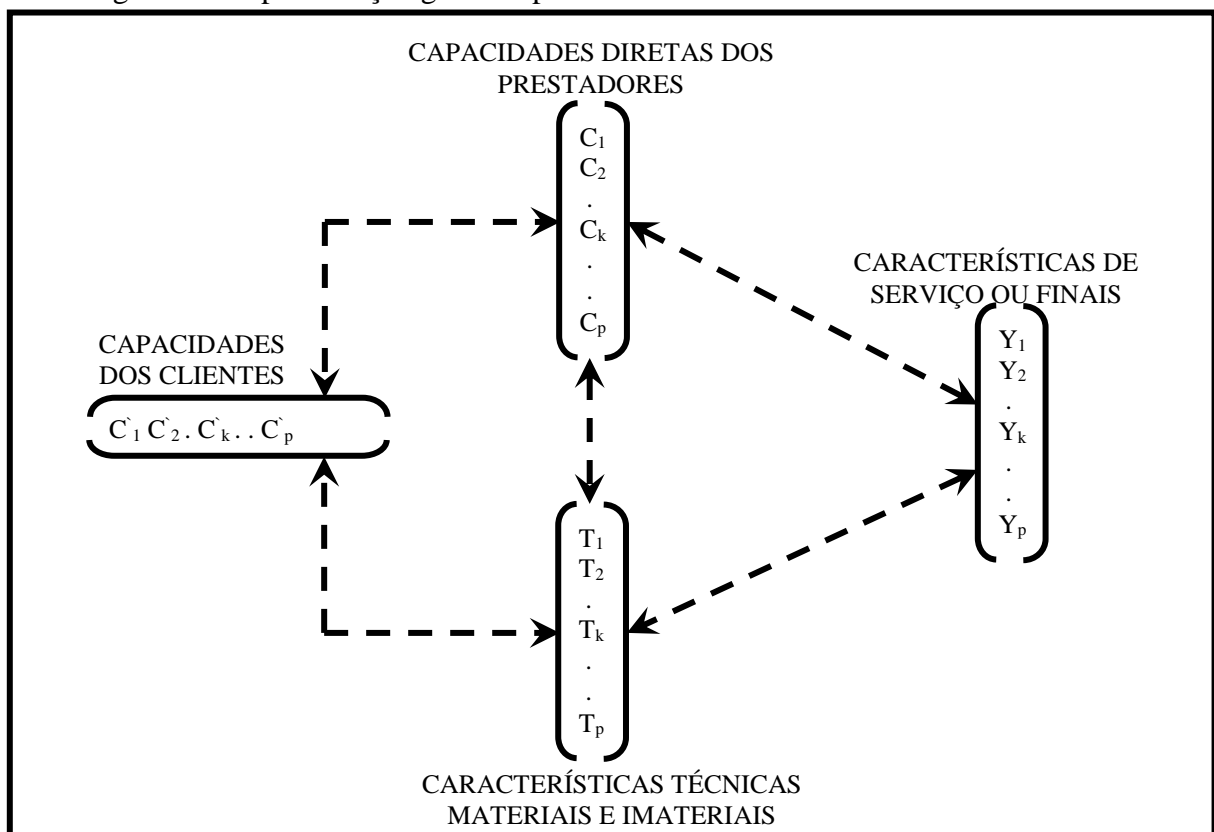
Os vetores [C] e [C'] indicam o conjunto de capacidades dos fornecedores e do usuário/cliente, respectivamente. O produto do vetor [C] e [C'] é a interface de fornecimento de entrega entre produtos e usuários. A entrega de um serviço, portanto, poderia ser definida como o emprego simultâneo (e relacionamento) de características técnicas (material e imaterial) e capacidades (interna e externa) para a produção das características final do serviço. Em algumas situações, as capacidades podem envolver a mobilidade de combinar diferentes características técnicas, ou, em outras situações, essas mesmas capacidades podem ser mobilizadas diretamente.

Essa relação usuário – produtor no modelo proposto, segundo os autores são, indispensável, pois permite identificar as inovações, corresponde ao lugar onde uma inovação desponta, e, é na qualidade das capacidades do cliente que se permite obter vantagens quanto ao sucesso da inovação (implantação) (GALLOUJ e WEINSTEIN, 1997). As capacidades de acordo com Gallouj (2002) refletem a suficiência de conhecimentos e habilidades que permitem que um prestador ou usuário atue em uma grande variedade de situações.

Uma grande vantagem do modelo de Gallouj e Weinstein (1997) é que ele não foi desenvolvido com base em uma dicotomia de produto e processo da inovação, conforme argumentam Droege et al. (2009) e corroboram Doloreux e Shearmur (2010), que tem sido, evidenciado, como a grande problemática da análise em serviço.

Assim, a inovação sob a abordagem integradora é definida de acordo com as mudanças que afetam um ou mais elementos, de um ou mais vetores de características (técnicas e de serviços), ou, dos vetores das capacidades. Essas mudanças podem ser definidas por mecanismos de variação da saída ou entrada de um ou mais fatores, associação ou dissociação, ou, ainda a formatação de um ou mais elementos.

Figura 7 – Representação geral do produto em termos de vetores de características



Fonte: Elaboração própria a partir de Gallouj e Weinstein (1997).

Estes elementos podem ser planejados ou intencionais, ou seja, emergindo de um processo de aprendizagem por parte dos agentes envolvidos (GALLOUJ e SAVONA, 2008). Assim, verifica-se que a inovação, portanto, não é definida como um resultado, mas como um processo resultante de uma dinâmica de características.

A abordagem integradora considera que a inovação envolve características genéricas, mais especificamente, com a relação usuário – produtor, especificidade do setor de serviços. É

um enfoque que propõe uma reconciliação de bens e serviços, integrando – o, definitivamente, em uma única teoria da inovação (VARGAS, 2006).

De acordo com Dosi (1982) as atividades da inovação podem ser entendidas como ações inseridas em um processo de resolução de problemas, que estão contextualizados sob uma determinada estrutura técnica, cultural, social e econômica.

Nesse sentido amplo, a abordagem integradora permite uma dilatação do conceito de inovação, aproximando – se das definições Scumpeterianas porque permite compreender que a inovação em serviços pode assumir inúmeras trajetórias entre as possibilidades oferecidas pelo ambiente institucional (GALLOUJ e WEINSTEIN, 1997), pois se admite a união de inovações radicais e não – radicais através da introdução de diferentes modos de melhoria do produto, com aprendizagem ou adição de características. A partir dessa interpretação, Gallouj e Weinstein (1997) propõem uma tipologia da dimensão da inovação, expostas a seguir:

- a) Inovação radical: compreende a mudança em todos os vetores do modelo de Gallouj e Weinstein (1997), dito sobre outra forma, corresponderia a criação de um novo sistema com mudanças nos vetores $[C']$, $[C]$, $[T]$ e $[Y]$. Um exemplo na saúde, seguindo uma definição mais rigorosa da inovação radical, seria a lançamento da radiografia analógica. Seguindo o mesmo exemplo, a evolução da radiologia analógica para a radiologia digital seria uma inovação radical em uma definição menos rigorosa, para chegar a semelhantes características do produto através de insumos (habilidades e capacidades), substancialmente, diferentes (GARCÍA – GOÑI, 2006);
- b) Inovação de melhoria: corresponde ao incremento de determinados elementos pré – existentes dos vetores $[C']$, $[C]$ e $[T]$ sem que haja alterações na estrutura dos vetores, ou seja, o vetor $[Y]$ é incrementado por mudanças no $[C'_1]$, $[C_1]$ ou $[T_1]$ sem modificar a estrutura de $[C']$, $[C]$ e $[T]$. Um exemplo na saúde para este tipo de inovação e citando, novamente, o caso da radiologia, a extensão na memória interna do computador ou do servidor de armazenamento de radiografias digitais, uma vez que permaneçam os mesmos componentes técnicos, o exame está à disposição em menor tempo ao médico (GARCÍA – GOÑI, 2006);
- c) Inovação incremental: corresponde a uma nova característica ou capacidade necessária para a produção ou utilização do produto sendo essa adicionada, eliminada ou até mesmo substituída, em outros termos, uma adição ou substituição de vetores $[C'_1]$, $[C_1]$ ou $[T_1]$. Gallouj e Weinstein (1997) adotam a

dificuldade de distinção entre inovação de melhoria e inovação incremental afirmando que essa diferença seria uma transição de uma construção social. Um exemplo dessa inovação, nos cuidados de saúde, seria introduzido por um prospecto de informações adicionais para uma droga com o mesmo princípio ativo, por inclusão de novas informações ou de uma apresentação que seriam mais fáceis de lembrar por parte do paciente, proporcionando conforto ou informação adicional (GARCÍA – GOÑI, 2006)

- d) Inovação *ad hoc*: a definição da terminologia *ad hoc* é ressaltada pelos autores como uma construção interativa (social) de uma solução para um problema particular exposto pelo usuário. Dessa forma, essa classificação de inovação promoveria mudanças significativas no vetor de capacidades [C] e nas características técnicas intangíveis [T], particularmente, pois promoveriam uma solução original nas características finais [Y], pois emergem de um problema, pontualmente, novo. Definida em termos como uma construção em geral como interativo a uma proposta de solução para um problema específico um consumidor. No caso da saúde essas inovações estão claramente ligados a prestação de serviços médicos, ou prestação de serviços de especialidades, em que existe uma interação entre a paciente e o médico, e o problema apresentado pelo paciente é considerado como tendo especificidades únicas (GARCÍA – GOÑI, 2006);
- e) Inovação de recombinação: emergem de diferentes associações ou dissociações das características finais [Y] ou características técnicas [T] de produtos ou serviços pré – existentes. Um exemplo na área da saúde seria a aplicação de um tratamento coerente no consumo de dois medicamentos diferentes, que cada um com suas características e efeitos, juntamente, podem melhorar a prestação de um determinado tratamento (GARCÍA – GOÑI, 2006);
- f) Inovação por formalização: refere – se ao processo de nomear um determinado serviço e organizar, sequencialmente, as características do serviço ou as capacidades. Sob esse tipo de inovação, pode – se exemplificar a utilização de protocolos em auditorias que resultam na mudança de serviços (GALLOUJ e WEINSTEIN, 1997).

Analisando a tipologia proposta, observamos uma semelhança com os pressupostos descritos por Schumpeter (1934) para a inovação. Contudo, trabalhos *a posteriori* parecem

estabelecer uma aproximação com essa tipologia descrita por Gallouj e Weinstein (1997). Como argumenta Gallouj (1997):

(...) leais à tradição schumpeteriana, essas teorias na prática, adotam uma definição ampla da inovação como um processo iterativo, cumulativo, específico e institucionalizado (...) em contraste às hipóteses da teoria neoclássica, suas hipóteses não parecem incompatíveis com os principais traços da economia de serviços (GALLOUJ, 1997, p.406).

Assim, Sundbo e Gallouj (1998a; 1998b) através de um trabalho empírico, corroboram com a proposta da tipologia da inovação em:

- a) Inovação de produto: aquelas relacionadas ao fornecimento de um novo serviço, como por exemplo, o atendimento de uma nova especialidade médica;
- b) Inovação de processo: aquelas relacionadas a mudança de procedimentos na produção e nos procedimentos de entrega desse serviço, respectivamente ações de *back office* e *front office*, como por exemplo, a mudança de um método diagnóstico, propiciando uma rapidez em seus resultados;
- c) Inovação organizacional ou gerencial: aquelas relacionadas a novas técnicas de planejamento, adoção de indicadores, como por exemplo, a introdução de protocolos médicos para um determinado processo, e;
- d) Inovação de mercado: aquelas relacionadas com a descoberta de novos mercados, ou ainda, com a mudança de comportamento da organização no mercado em que ela está inserida. Tem – se como exemplo, introdução de campanhas de vacinação para novas enfermidades.

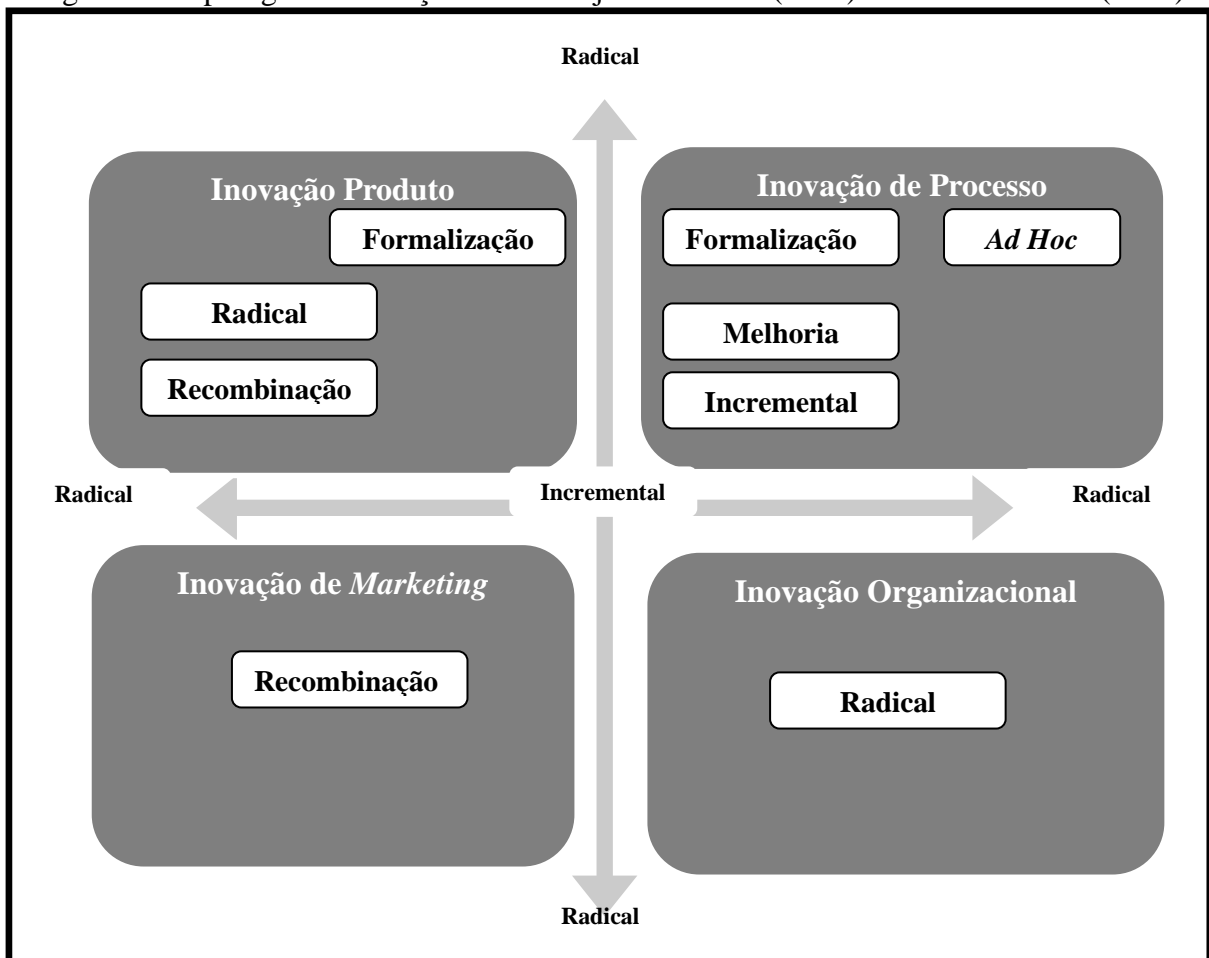
Além disso, esse agrupamento vem ao encontro do exposto pelo Manual de Oslo (2005) e Tidd et al (2005), que como descrito anteriormente, expõe a tipologia da inovação em quatro dimensões. Dessa forma, expõe – se na Figura 8 uma proposta de alinhamento da tipologia elaborada por Gallouj e Weinstein (1997) precursores da abordagem integradora em serviços e a tipologia proposta pelo Manual de Oslo (2005) sendo essa a adotada nos procedimentos de análise empírica desta Tese de Doutorado.

Dessa forma, ao considerarmos a inovação radical proposta por Gallouj e Weinstein (1997) podemos direcioná – la à inovação de produto, pois corresponde a algo totalmente novo, no exemplo dos próprios autores, com o surgimento de novas especializações, como, por exemplo, direito espacial, no campo da advocacia. Da mesma forma, podemos sugerir a inovação radical no âmbito da inovação organizacional, pois se caracteriza como uma

mudança no paradigma mental da organização, a exemplo dos autores, no ramo de seguros, uma nova proteção contra algum tipo de risco novo, como o caso dos veículos elétricos.

A inovação de recombinação, a exemplo dos autores, surge da combinação, associação e dissociação de serviços para algo totalmente novo, principalmente, aqueles relacionados, a varejo, transporte e comunicação e podem ser classificados em uma inovação de produto. Além disso, pode ser classificada como uma inovação de *marketing* à medida que ela modifica o contexto onde está inserida pela recombinação de características.

Figura 8 – Tipologia da inovação de Gallouj e Weinstein (1997) e Manual de Oslo (2005)



Fonte: Elaboração própria.

A inovação por formalização poderia ser classificada oscilando entre inovações de produto e processo, pois dependem do tipo de formalização implementada. Como exemplo, Gallouj e Weinstein (1997) reportam os serviços de consultorias jurídicas, de onde surgiram novas características de serviços, como auditoria em contratos, patentes e etc.

As inovações *ad hoc*, possivelmente, poderiam ser classificadas como inovações de processo, visto que dependem da experiência e do conhecimento acumulado para alteração nas características finais do serviço. À exemplo, pode – se citar os serviços de alta intensidade

de conhecimento como os de saúde, advocatícios e de consultoria (GALLOUJ e WEINSTEIN, 1997).

Inovações incrementais e de melhoria atuam nos vetores de características técnicas e capacidades e possuem limites tênues de separação, como previsto por Gallouj e Weinstein (1997) e, por essa razão, acredita – se que sua intensidade oscile na classificação de inovações de processo.

Em adição, Windrum e García – Goñi (2008) propõem um modelo, e expandem a estrutura proposta por Gallouj e Weinstein (1997), no qual as inovações em serviços são selecionadas dentro de um complexo ambiente composto por multiagentes. A característica imediatamente, percebível, é a inclusão dos decisores e prestadores políticos, além dos usuários e dos servidores. Em pesquisas prévias realizadas em setores de educação e saúde, como ressaltam Windrum e García – Goñi (2008), Koch e Hauknes (2005), Hartley (2005) os estudos sobre inovação em serviços tendem a abstrair o funcionamento e impacto do governo na análise. Além disso, Djellal e Gallouj (2010) esclarecem que no que tange o setor público, a inovação em serviços pode demonstrar um desempenho oculto, visto a dificuldade de uma análise sistêmica.

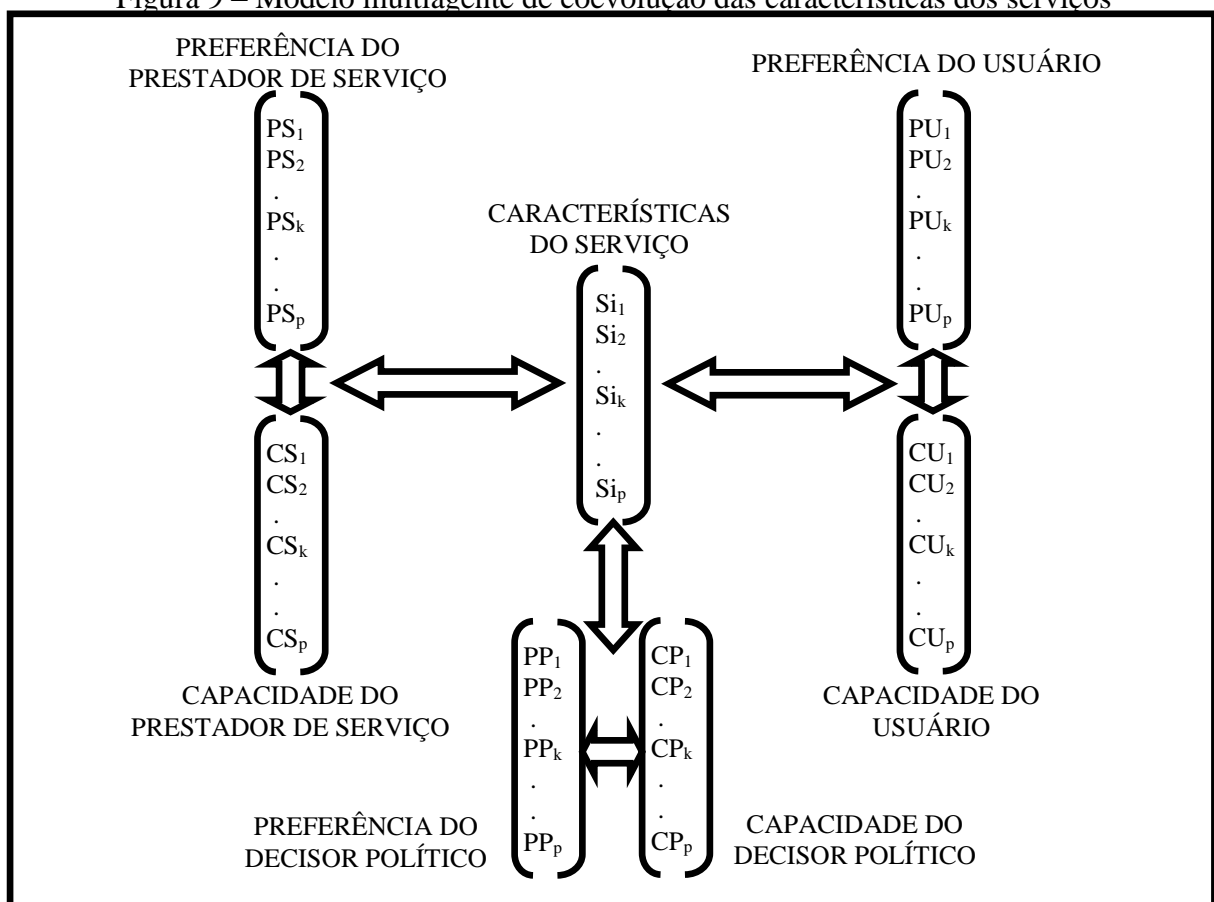
No entanto, Windrum e García – Goñi (2008), perpassando essa dificuldade sistêmica, procuram integrar a condição de multiagentes, estabelecendo uma contribuição específica dos atores, no envolvimento de suas capacidades e preferências, determinando, portanto o resultado da inovação. Os autores aplicaram o modelo, conforme Figura 9, em estudo exploratório de serviços de cirurgias ambulatoriais em um hospital de Barcelona (Espanha) e constataram como resultado dessa inovação: i) a redução de custos unitários e aumento da demanda pelo processo; ii) melhoria da qualidade de atendimento e aumento da produtividade pela redução no uso de leitos hospitalares. Essa inovação foi condicionada por todos os agentes da estrutura proposta, no qual os autores defendem que em processos de inovação em serviços, tornam – se necessárias a interação de todos.

A estrutura do modelo de Windrum e García – Goñi (2008) considera as preferências do usuário frente a um novo serviço, ou seja, sua capacidade de decisão baseado nos prós e contras de um determinado serviço de saúde, assim, esse agente não está alocado na estrutura de recebimento do serviço, como vemos na abordagem integradora, mas atuando, participadamente, com prestadores de serviços e decisores políticos. Não se pode captar a dinâmica das inovações sem também considerar os usuários do serviço, no caso da saúde, sua

demanda por serviços médicos e como a evolução dessas necessidades afetam fundamentalmente a inovação em saúde.

Nesse pressuposto de ações de diversos autores sobre os fatores determinantes da inovação em organizações de saúde, Fleuren et al. (2004) esclarece em um estudo utilizando o Método Delphi¹² que, o usuário das inovações não funciona de forma isolada fazendo parte de uma organização, que, por sua vez, é parte de um ambiente maior. Por estas razões, que deve ser levado em conta as características da organização e do contexto sociopolítico em que a organização opera.

Figura 9 – Modelo multiagente de coevolução das características dos serviços



Fonte: Elaboração própria a partir de Windrum e García – Goñi (2008).

O modelo de Windrum e García – Goñi (2008) também permite notar que o foco é colocado sobre as capacidades e preferências dos agentes que o integram. Ou seja, ao invés de se apresentar como uma entidade independente, uma inovação tecnológica é apenas o meio através dos quais diferentes agentes comunicam suas preferências e capacidades. Assim, não

¹² O Método Delphi baseia-se num processo estruturado para a recolha e síntese de conhecimentos de um grupo de especialistas por meio de uma série de questionários, acompanhados de um *feedback* organizado de opiniões. É sobretudo utilizado para facilitar a formação de uma opinião de grupo (HELMER, 1977).

se pode compreender o surgimento de uma nova tecnologia médica sem uma análise da forma em que as capacidades e preferências, possivelmente conflitantes, dos diferentes agentes interagem (WINDRUM e GARCÍA – GOÑI, 2008). Dessa interação é que são determinadas a direção e proporção de mudança das características do serviço.

As capacidades são caracterizadas como a integração e a coordenação de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes. As preferências, por sua vez, representam a motivação e assumem uma escolha real ou imaginária entre certas alternativas e a possibilidade de classificação (WINDRUM e GARCÍA – GOÑI, 2008).

O conhecimento representa um conjunto de convicções mantidas pelo indivíduo acerca de relações causais entre fenômenos, fruto da interação que ocorre em ambiente de trabalho, portanto, efeito da associação de experiências, intuição e valores das pessoas (FLEURY e FLEURY, 2001). As habilidades envolvem o saber exercer tarefas, atividades e funções em um composto de atribuições e responsabilidades dentro da organização. As atitudes são compostas pelo esforço, implicando na qualidade de resultados para a organização, e pelo comportamento das pessoas, que envolve uma ação, propriamente, individual, e, suas consequências com o coletivo, estruturando a ideia de trabalho em equipe e ênfase a liderança (ZARIFIAN, 2001)

Ou seja, no modelo, podemos reportar o processo de inovação em relação ao usuário que requer uma aptidão (capacidade) e vontade ou desejo (preferência) para usufruir de um serviço. Assim, no caso da saúde, o diagnóstico depende da capacidade dos usuários em descreverem seu histórico do processo da doença e seus sintomas para o prestador do serviço. Por outro lado, em relação às preferências, as crenças religiosas e convicções morais determinadas pelo usuário poderiam representar um obstáculo à aceitação de um novo serviço (GARCIA – GOÑI, 2006). Assim, as preferências envolvem o ambiente e contexto de seleção das inovações que determina o seu sucesso ou fracasso.

O modelo de Windrum e García – Goñi (2008) dispensa o vetor de características técnicas como proposto no modelo de Gallouj e Weinstein (1997), pois, pela concepção de Windrum e García – Goñi (2008), o conjunto final das características do serviço depende fortemente das preferências e capacidades dos profissionais envolvidos no processo, visto que o setor da saúde é constituinte de capital humano intensivo e, no caso, a tecnologia material, mobilizada através das características técnicas, representaria apenas mais um fator de formação do produto.

A análise do modelo permite abarcar, a análise da ocorrência da inovação proposta por Schumpeter (1934), onde seriam mobilizadas pela mudança de um ou mais vetores de preferências e capacidades dos prestadores de serviço (vetor [PS] e [CS], respectivamente), preferências e capacidades dos usuários (vetor [PU] e [CU]), preferências e capacidade dos decisores políticos (vetor [PP] e [CP], respectivamente) para a introdução de um conjunto de características novas do serviço, representado pelo vetor [Si].

Assim, as inovações radicais seriam determinadas pela mudança das características do vetor [Si] a partir de alterações em todos os vetores, ou seja, [PS], [CS], [UP], [UC], [PP] e [CP], correspondendo a algo totalmente novo. As inovações incrementais não alteram as dimensões do vetor de característica dos serviços [Si] apenas de um ou mais vetores por adição, exclusão e até mesmo, substituição.

Windrum e García – Goñi (2008) esclarecem que o modelo, representado na Figura 9, envolve e comprova as interações entre as esferas econômica, social e política para o processo de inovação em saúde. Em análises posteriores, Gallouj e Savona (2009) corroboram com a evidência da contribuição das políticas públicas quando se trata de avaliar o processo de desenvolvimento de inovações, considerando a intermediação do Estado.

Diante do exposto, percebe – se que a inovação tende a assumir uma dimensão ampla, resguardando as características específicas de serviços e por essa razão apresenta diferentes trajetórias na literatura. Diante dessa complexidade, ressalta – se a necessidade da análise empírica e processual para determinar os fatores envolvidos na inovação em serviços em saúde.

2.2.3 Processos da Inovação em Serviços

A análise dos processos de inovação, em particular de natureza tecnológica tem incidido, basicamente, no setor da indústria transformadora, sendo relativamente recentes as tentativas de sistematização do processo de mudança nos serviços. Ao considerarmos as especificidades inerentes ao serviço, torna – se necessário lembrarmos, à concepção de inovação em serviços, de que forma se desenvolve o processo de produção do serviço e as características de suas interfaces.

Como exposto, anteriormente, o setor de serviços é de natureza extremamente heterogênea, compreendendo um leque muito variado de diferentes atividades com amplas características: desde os serviços pessoais, até aos serviços de maior escala como os serviços

financeiros e serviços intensivos em conhecimento. Assim, conforme ressalta Miles (2005) existe uma necessidade muito prudente na generalização de conclusões obtidas nas observações ou estudos.

Dessa forma, considerando a trajetória de análise dos temas de inovação, a análise sob a ótica da inovação em serviços, exige que se tenha uma atenção direcionada às características específicas da produção de serviços (na oposição à produção de bens materiais ou tangíveis), ou seja, que se tenha presente a natureza dos serviços e a sua relação com a tecnologia (COOMBS e MILES, 2000). Assim, na Figura 10, observamos a diferença, didaticamente, na análise da produção de bens e serviços.

A produção de serviços é determinada, consideravelmente, no resultado do contato entre o usuário e a organização, ou seja, na qualidade percebida atribuída, exatamente, no momento da verdade, ou seja, no preciso momento em que o prestador do serviço e o usuário interagem (GANN e SALTER, 2000). Não obstante, a questão a ser considerada é a de saber se as características específicas dos serviços determinam trajetórias de inovação diferenciadas face às do setor industrial (MILES, 2005).

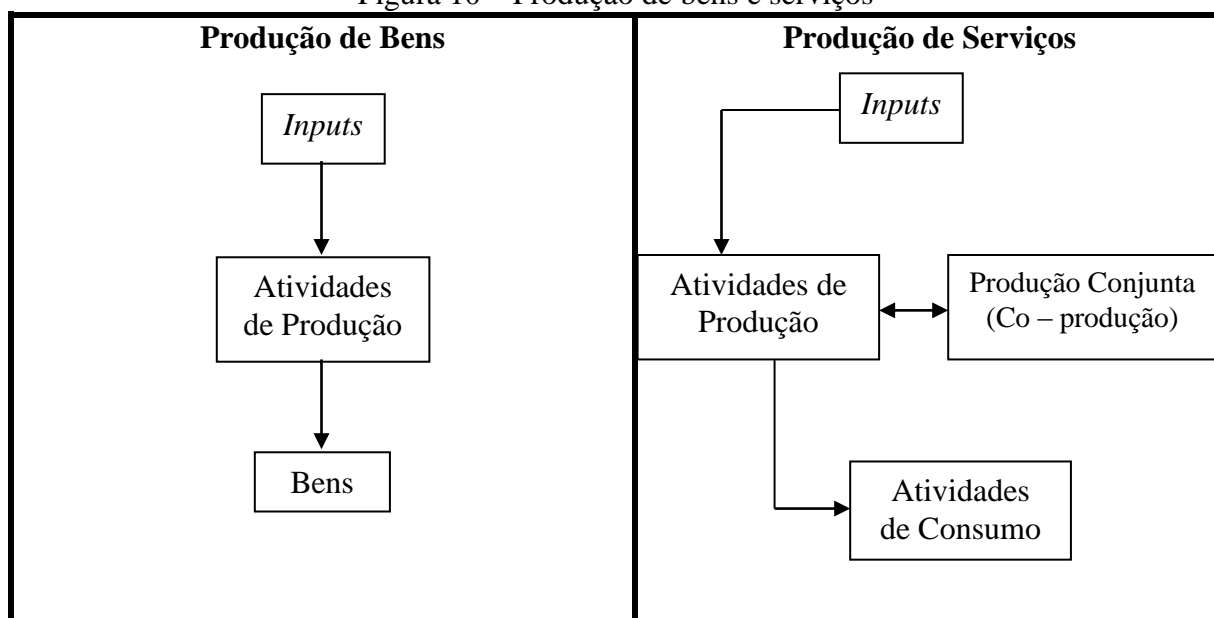
Sob essa ótica, o processo de industrialização em serviços, já descrito em 1976, com a obra de Theodore Levitt, determinou três dimensões nas consequências dos padrões de inovação em serviços: i) o controle de qualidade, ou seja, a importação desta inovação nas indústrias criou nos serviços, um espaço para um novo relacionamento com o cliente na base da melhoria da qualidade de serviço; ii) a divisão em componentes dos serviços, através da utilização de técnicas de separação dos serviços, abriu – se caminho à sua reconfiguração e combinação nas formas concretas de inovação de produto e/ou serviço, e; iii) aplicação das tecnologias de informação e de comunicação requerendo um processo de aprendizagem substancial protocolando os processos de negócio (*back – office* e *front – office*).

Na perspectiva de análise da qualidade no setor de serviços, alguns aspectos merecem atenção pois estão no foco de análises das características finais de entrega do serviço (ATUAHENE – GIMA, 1996; SPOHER e MAGLIO, 2008; OKE, 2007). Os elementos de qualidade na administração emergiram, em 1957, desenvolvida por Feigenbaum (1986), e, posteriormente, dilatada por abordagens de autores como Deming, Juran, Crosby, Garvin, Donabedian e Parasuraman (SUNDBO, 1997) através de análise de diversos fatores como estratégia, abordagem do cliente, abordagem do mercado, controle de métricas dentre outros.

Com a globalização da economia, um tratamento comum de análise de qualidade, foi a utilização das normas do *International Standardization of Organization (ISO)*¹³, popularizada como ISO da série 9000 que tratam do sistema de gestão de qualidade de uma organização. No Brasil a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) absorveu a norma ISO 9000 adotando o termo série Norma Brasileira (NBR) ISO 9000, alinhando as práticas com outros países que assumem nomenclatura similar na sua condição nacional. A normatização ISO 9000 não confere intensidade de qualidade, mas sim, garante que o produto ou serviço disponibilizado apresentará sempre as mesmas características, que no seu conjunto, determinam um padrão.

Tsai e Lu (2005) relatam que a qualidade dos serviços prestados proporciona um fator positivo na continuidade do consumo, principalmente, quando se estreitam às relações de intangibilidade entre qualidade e serviços. Se existem inúmeras diferenças de um sistema de qualidade entre empresas americanas e japonesas em relação ao contexto brasileiro, maiores evidências se destacam na análise da qualidade no setor de serviços de saúde (MALIK e SCHIESARI, 1998; DONABEDIAN, 1993).

Figura 10 – Produção de bens e serviços



Fonte: Elaboração própria a partir de Griliches (1992).

No caso do setor de serviços de saúde, conceitos de estrutura, processo e resultado, desenvolvido por Avedis Donabedian, em 1980, determinando uma tríade que corresponderia ao enfoque sistêmico de entrada, processo e saída, têm norteado as análises de qualidade através da criação de indicadores para cada elemento dessa tríade. A ferramenta SERVQUAL

¹³ Entidade não governamental, com sede em Genebra, Suíça.

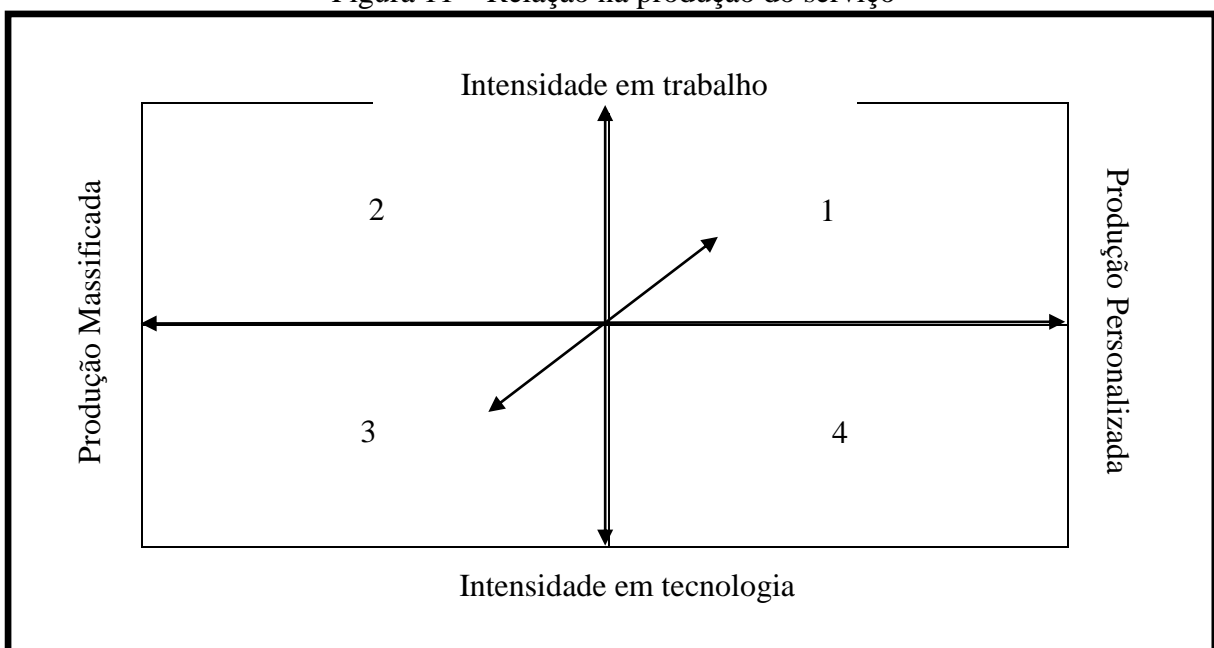
(Parasuraman et al., 1985) foi desenvolvida no contexto de *marketing* e subsequentemente, adaptada ao contexto da saúde, e, é estruturada na avaliação de cinco dimensões de qualidade do serviço, para pesquisar a satisfação do cliente com base no modelo de falhas: i) tangibilidade; ii) confiabilidade; iii) responsabilidade; iv) segurança, e; v) empatia.

Sundbo (2007) salienta que na prestação de serviços encontram – se oportunidades para a obtenção de vantagens competitivas. Sendo que em termos de operações em serviços estas vantagens podem ser relacionadas à qualidade do serviço prestado e ao seu processo de fornecimento.

Sob outro aspecto da produção de serviços, a aplicação de tecnologia de informação e comunicação constitui um traço distintivo para a inovação nesse setor (GALLOUJ e WEINSTEIN, 1997; SALTER e TETHER, 2000; DREJER, 2004; HIPP e GRUPP, 2005). Porém, conforme Sundbo e Gallouj (1998) relatam que esta abundância de informação e conhecimento, não atingiu, por igual, todos os setores dos serviços. Como consequência direta, muitos setores de serviços ainda negligenciam as estratégias para a adoção ou gestão de tecnologia e as conexões com o sistema científico e tecnológico onde se inserem a propriedade intelectual, a exemplo, as universidades, centros tecnológicos, Estado etc.

Por essa razão, torna – se útil, observar, conforme Figura 11, o modelo matricial, proposto por Sundbo e Gallouj (1998) como representação na compreensão do desenvolvimento recente da produção de serviços e, nesta perspectiva, para a percepção do contexto da inovação.

Figura 11 – Relação na produção do serviço

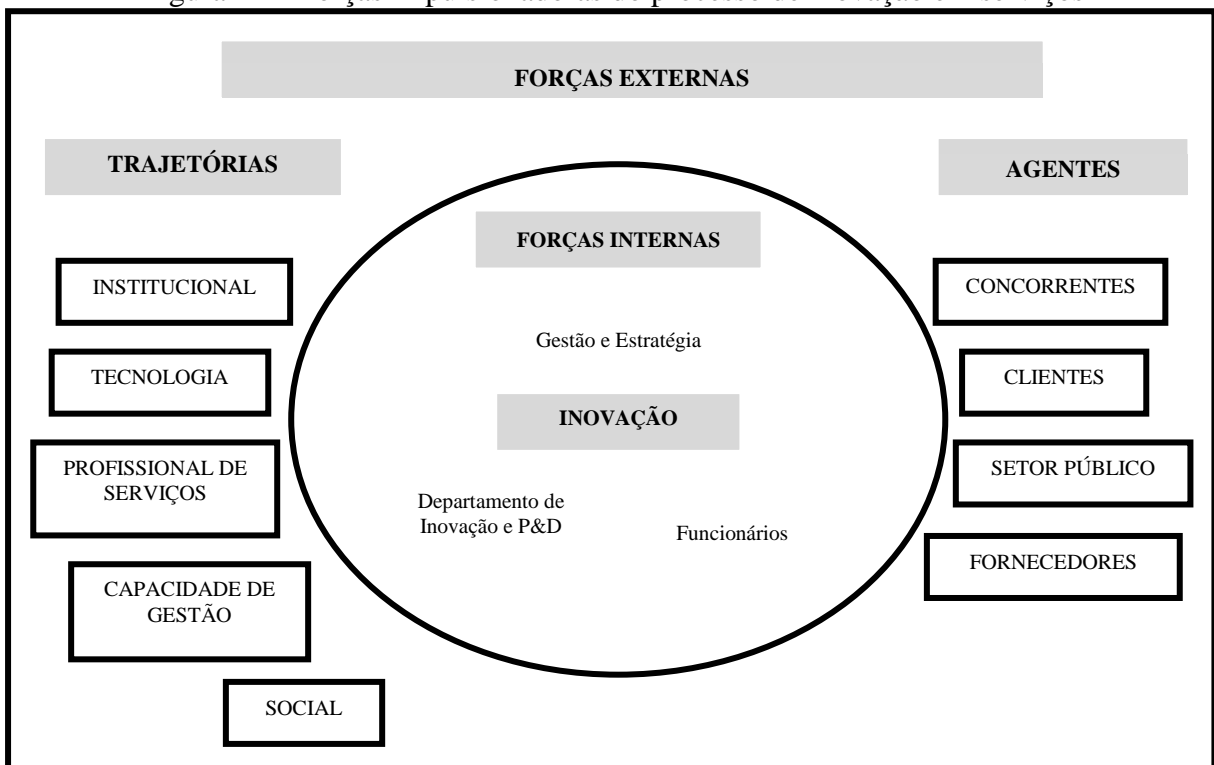


Fonte: Adaptado de Sundbo e Gallouj (1998).

A produção de serviços pode ser massificada ou personalizada. A intensidade em trabalho e tecnologia pode também ser muito diferenciada. As atividades de serviço têm estado muito concentradas nos quadrantes um e três, com o quadrante um, representando tipicamente um serviço intensivo em conhecimento, como por exemplo, uma empresa de consultoria financeira, serviços de saúde, e, o quadrante três, um serviço produzido em massa como, por exemplo, um serviço de transporte, um espetáculo cultural.

Não obstante, a produção em serviços também pode ser determinada por forças impulsionadoras internas e externas em relação ao seu ambiente, conforme Figura 12, Sundbo e Gallouj (1998) determinam que os impulsionadores externos sejam divididos em trajetórias e agentes. As trajetórias são ideias e lógicas que são difundidas através do sistema social. Os agentes são pessoas, empresas ou organizações no qual o comportamento é vital para a prestação dos serviços e, conseqüentemente, para as respectivas atividades da inovação. Os agentes definem as oportunidades tecnológicas e as de mercado e podem envolver – se no processo de inovação. As forças internas são aquelas relacionadas a organização e como ela administra os aspectos da inovação: i) o tipo de gestão e a estratégia organizacional; ii) as estruturas formalizadas de P&D; e iii) os empregados, fator chave do sucesso da inovação fortemente valorizado nos processos de inovação.

Figura 12 – Forças impulsionadoras do processo de inovação em serviços



Fonte: Adaptado de Sundbo e Gallouj (1998).

Gadrey (2001) procurou articular uma definição de serviço que envolvesse tão somente o aspecto da mudança de condição que um serviço oferece como a variedade de formas em que o serviço pode ser demandado. Sob este aspecto da produção do serviço, conforme Figura 13, Gadrey (2001) expõe três lógicas, baseado no tipo da capacidade na prestação do serviço e a forma como o usuário recorre a esse serviço: i) lógica da representação humana: associada à execução de uma atividade, possui uma fraca interação com o usuário; ii) lógica da intervenção solicitada: o usuário solicita a intervenção ativamente para que o prestador utilize suas capacidades em seu favor, e; iii) lógica da oferta de competência técnica: a relação do serviço é fraca pois no momento da prestação, usuário e prestador pouco interagem, estando a mercê de uma tecnologia.

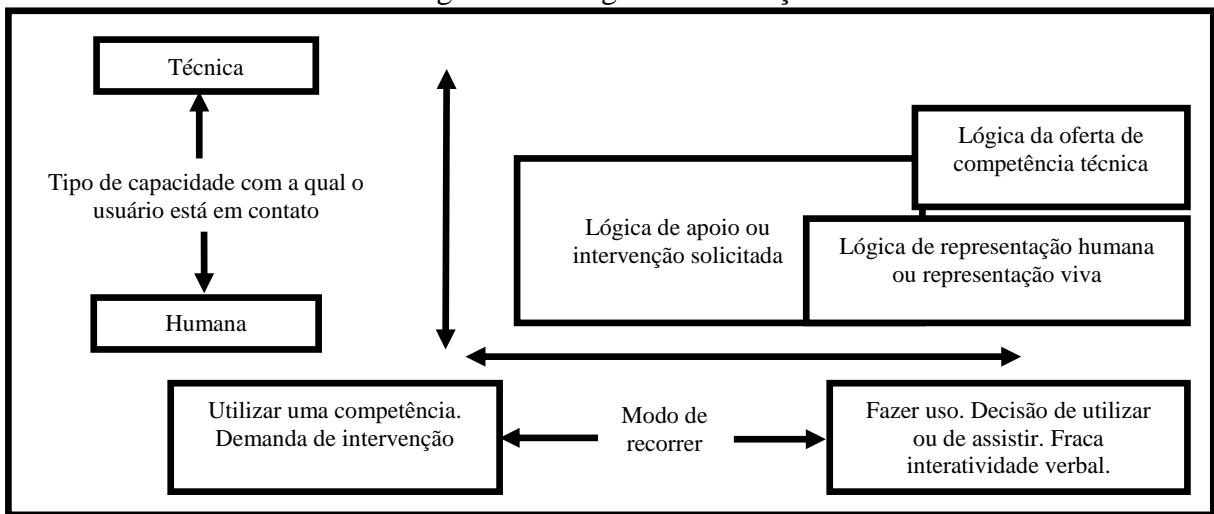
Essas lógicas expõe a interatividade do produtor e usuário em relação ao serviço mostrando, também, que no processo produtivo, diferentes combinações de capacidades técnicas e humanas podem ser empregadas. Sob essa ótica, constata – se a natureza processual e diversificada dos serviços e a necessidade de se associar ferramentas para compreensão dessa variabilidade e dinâmica dos processos.

De igual forma, as lógicas permitem estabelecer uma visão dos principais elementos a serem considerados em uma prestação do serviço. Gadrey (2001), ainda, ressalta que não representam lógicas excludentes e, tampouco, uma tipologia das atividades do serviço, mas um indicativo do tipo da intensidade de relação propiciando uma interação entre os requisitos operacionais e capacidade humanas e técnicas mobilizadas na prestação do serviço, e, dessa forma, propiciando diferentes concepções em uma relação sociotécnica da produção de serviços.

Independentemente, do processo de análise da produção em serviço, encontrada na literatura, estabelece – se uma análise em três conceitos distintivos que necessitam ser levados em consideração para o setor. O primeiro conceito é o de combinação bem e serviço (um eixo contínuo entre bens e serviços). A observação empírica rejeita a pertinência e a operacionalidade de uma fronteira rígida entre bens e serviços, mas sim, uma combinação de bem e serviço. O segundo conceito refere – se à aproximação funcional dos intermediários necessários na produção, seja ela final, ou não. E, o terceiro conceito define o vetor que consiste no conjunto de condições e meios necessários e suficientes para a preparação e existência do produto, seja ele “produto bem” ou “produto serviço” (GANN e SALTER, 2000).

Considerando que o termo inovação define – se como um processo não linear, evolucionário, complexo e interativo de aprendizagem e de relacionamentos entre a organização e o seu meio envolvente. Dessa forma, as abordagens das relações interorganizacionais, ainda que sejam oriundas de abordagens teóricas diversas, têm demonstrado uma considerável convergência de ideias ao processo de inovação (LUNDVALL et al., 2002).

Figura 13 – Lógicas do serviço



Fonte: Elaboração própria a partir de Gadrey (2001).

O motivo pelo qual se consideram essas abordagens consiste no fato de, no conjunto, reunirem elementos cruciais ao estudo dos fatores que impulsionam e limitam a capacidade inovadora. Mais do que perspectivas contraditórias, as abordagens sob a ótica de redes e arranjos são vistas como perspectivas complementares no estudo do processo de inovação (TIDD et al., 2005).

Assim, Green et al. (1999) esclarecem que a inovação não é meramente o resultado de processos isolados e pontuais, humanos e gerado por empreendedores, mas sim um padrão de desenvolvimento continuado a partir de variáveis técnicas, econômicas e sociais. Dessa forma, propõe – se que a inovação faz parte de um conjunto de ocorrências que configuram e reconfiguram um arranjo, que é o local de mudança, que moldam a inovação pretendida.

Baseado nisso, parece iminente realizar uma associação com a perspectiva da abordagem integradora da inovação em serviços. Nesse sentido, torna – se necessário a contribuição de Gadrey (2001) segundo o qual a prestação do serviço reflete uma interação sóciotécnica, ou seja, assume uma perspectiva crítica relacional, ao invés da perspectiva tradicional econômica, de separação entre bens e produtos. Essa perspectiva é determinada pela interação de coprodução, cooperação entre produtor e consumidor no conceito de

serviços para obtenção do produto do serviço. Ou seja, o autor baseado na especificidade que representa um serviço, classifica – o em relação a intensidade da interação entre o produtor (bens, serviços ou ambos) e os usuários.

Ainda, Gadrey (2001) corrobora que o serviço em análise resulta da atividade de prestadores, usuários, das interações entre eles e dos fatores ambientais mais ou menos contingentes, considerando, assim, a natureza do serviço como altamente socializada, cuja avaliação é complexa, altamente dependente, da confluência dos pontos de vista dos atores respectivos e do determinado contexto institucional, ou seja, o produto do serviço só pode ser eficazmente compreendido no contexto da relação de serviço que o origina.

2.3 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

A análise de inovação e saúde são assuntos de interesse e estudados a partir de diferentes perspectivas, devido à sua influência sobre o bem – estar da sociedade e os gastos com saúde. Estudos têm mostrado evidências de aumento da produtividade no provisionamento de serviços de saúde por meio de inovações (CUTLER E MCCLELLAN, 2001; FUCHS, 2010; ATUN et al., 2007).

Nesta tese, optamos por uma definição seminal dos conceitos da inovação, como já exposto, previamente, procurando focalizar a análise frente aos serviços de saúde. Procuramos considerar nessa pesquisa as características específicas do setor de serviços como ressalta Sundbo e Gallouj (1998a; 1998b), base do processo de investigação em serviços, que se caracteriza por: i) heterogeneidade dos serviços decorrente da diversidade do setor que leva a comportamentos de inovação diferentes dependendo da atividade de serviço; ii) elevado grau de incerteza em relação ao produto, ou seja, um serviço não pode ser completamente codificado ou formatado antes da sua execução. Nesse caso, cada transação de serviço pode ser considerada como única produzida sob demanda, ou seja, feita sob encomenda; iii) ausência de transferência de direito de propriedade, ou seja, como não há produção de nenhuma entidade independente (bens), não há como estabelecer trocas de direito de propriedade, tendo como consequência facilidades e dificuldades da proteção de uma inovação; iv) prestação de serviços como uma dinâmica interativa, ou seja, o entendimento da relação usuário – prestador de serviço, o cliente ou usuário participa do processo de prestação de serviços. Isso se deve, em grande parte, ao grau de incerteza tratado no item anterior, e; v) dificuldade para distinção entre produto e processo na prestação de serviços, ou seja, em

outras palavras, há um conteúdo do serviço (o seu produto), relacionado ao seu fim específico, e uma forma sob a qual os serviços são elaborados e levados até seus usuários (o seu processo), que dificilmente podem ser dissociados na percepção do cliente ou usuário.

Assim, qualquer mudança no comportamento pretendido, em determinado nível institucional, sendo uma disposição nova ou melhorada, um procedimento tecnológico, ou ferramenta administrativa que propiciem uma variação da produção, ou, ainda, da prestação dos serviços de saúde, e instrumentos necessários à sua prestação serão estudados sob a ótica da tipologia proposta pelo Manual de Oslo (2005). Também nessa pesquisa se considera que a produção de um serviço supõe a interação de um conjunto de capacidades (técnicas, humanas e organizacionais) e habilidades, à disposição de um usuário, organizando uma solução, que pode ser dada a distintos níveis de precisão e situações (GADREY et al., 1995).

Ao considerarmos que cinco fatores, conforme Vargas (2006), são considerados elementos decisivos na expansão do setor produtivo de saúde, nos países desenvolvidos, identificamos a relevância da análise no setor. Tratam – se de uma gama de diferentes operações, desde a consideração de inovações nas operações existentes, como essas são aperfeiçoadas, modificadas, substituídas, como, também, na evolução da relação do serviço nas quais muitas estão na essência das atividades da APS: i) proposição e implementação de políticas científicas e tecnológicas por parte do Estado, e a disponibilidade de recursos públicos para a pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico; ii) consolidação de políticas de saúde que ampliam o acesso à atenção primária à saúde, enquanto parte do reconhecimento social e político do direito à saúde como direito essencial da população; iii) fortalecimento do médico como profissional e desenvolvimento de novos tipos de serviços, profissionais da saúde, modalidades assistenciais e procedimentos diagnósticos e terapêuticos; iv) ampliação, enquanto valor social, do conceito de saúde, e da sua medicalização, isto é, os problemas de saúde passam a ser também, imediatamente, problemas médicos, de responsabilidade dos serviços de saúde; e, v) mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações, enquanto parte do desenvolvimento econômico e social dessas sociedades, a partir do século XIX, com redução da mortalidade por doenças infecciosas, aumento e diversificação das doenças crônico – degenerativas e aumento da esperança de vida, levando a novas necessidades de saúde e demandas aos serviços de saúde.

Considerando a elaboração da fundamentação teórica, percebe – se que a inovação, e, em particular, no setor de serviços parece não suportar análises lineares, isoladas e pontuais, pois exibem combinações dinâmicas entre atores e estrutura. Portanto, partindo da análise do

setor público de serviços de saúde, especificamente, a porta de entrada do sistema de saúde, configurado sob a forma da APS, analisamos a estrutura, integração e organização desse serviço sob a ótica da inovação em serviços, ressaltando as atividades dos atores envolvidos no processo, suas preferências e capacidades mobilizadas ressaltando a dinâmica das características envolvidas, base da análise da abordagem integradora em serviços.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esse capítulo aborda a metodologia proposta para esta Tese de Doutorado a fim de atender a relação da proposta teórico – conceitual ao objeto de estudo empírico, ressaltando os procedimentos que foram utilizados na investigação científica.

A metodologia é uma preocupação instrumental que estabelece os procedimentos lógicos que serão utilizados no processo de investigação científica dos fatos da natureza e da sociedade (GIL, 2007). Cooper e Schindler (2003) afirmam que o estudo da metodologia de pesquisa possibilita habilidades necessárias para resolver problemas e desafios de um ambiente de tomada de decisões. Trata – se de um procedimento intelectual para adquirir conhecimentos pela investigação de uma realidade na busca de novas verdades sobre um determinado fato (FACHIN, 2001). Dessa forma, o objetivo fundamental de uma pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos.

É comum a crença de que a atividade científica começa com uma coleta de dados ou observações puras, sem ideais preconcebidas por parte do cientista. Qualquer observação pressupõe um critério para escolher, entre as observações possíveis, aquelas que supostamente sejam relevantes para o problema em questão. Ideais e interesse correspondem, em ciência, às hipóteses e teorias que orientam a observação e os testes a serem realizados (ALVES – MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999). Assim, com a estruturação de uma base frente a um problema de pesquisa sugeriu – se a construção do processo de investigação.

3.1 BASE DE INVESTIGAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa é um procedimento reflexivo e crítico dentro de um processo sistematizado na busca por respostas para problemas ainda não solucionados, que refletem um processo de aprendizagem tanto para o indivíduo que a realiza como para a sociedade na qual essa se desenvolve (ALVES – MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999). Nessa perspectiva, a avaliação da qualidade na pesquisa torna – se importante para diversas sociedades, profissionais, cientistas individuais, instituições acadêmicas e organizações de financiamento (SMITH, 2006). A análise das características da comunicação escrita faz parte do escopo da bibliometria, definida, assim, por Pritchard (1969) ao invés de bibliografia estatística, como os estudos que tentam quantificar por métodos estatísticos e matemáticos esse processo.

Assim, a partir da análise bibliométrica que se torna possível analisar o impacto das publicações e de disseminação da informação, através da tríade que envolve, a análise de periódicos, de autores e de palavras.

Ademais, a bibliometria identifica tendências do crescimento do conhecimento em uma determinada disciplina, permite a análise da dispersão e obsolescências dos campos científicos, identificando autores e instituições mais produtivos, dentre outras atividades, com o objetivo final de apontar a qualidade que uma contribuição científica tem para a ciência, fornecendo subsídios formais à geração do novo conhecimento (PRICE, 1965). A bibliometria é conduzida por três leis:

- a) Lei de Lotka, também conhecida como Lei do Quadrado Inverso a premissa consiste no número de autores que fazem “n” contribuições em um determinado campo científico, é aproximadamente $1/n^2$ daqueles que fazem uma só contribuição e que a proporção daqueles que fazem uma única contribuição é de mais ou menos 60% (ALVARADO, 2002). Ou seja, quanto mais se publica, mais parece que se facilita publicar um novo trabalho e os pesquisadores que publicam resultados mais interessantes ganham mais reconhecimento e acesso a recursos para melhorar sua pesquisa (BARBA, 2003);
- b) Lei de Bradford, que se assemelha a Lei de Pareto, ou do Princípio “80 – 20”, ou seja, um número, relativamente, pequeno de revistas científicas, de determinada especialidade, publica a maior parte dos resultados científicos significativos. Conforme Smith (2006), em um universo com mais de 20.000 revistas científicas indexadas da área de Epidemiologia, 2.000 revistas correspondem a 85% dos artigos publicados e 95% dos artigos citados.
- c) Lei de Zipf é dividida em duas etapas. A primeira etapa determina que o produto da ordem de série de uma palavra multiplicado pela sua frequência de ocorrência será aproximadamente constante. A segunda etapa determina que em um determinado texto, várias palavras de baixa frequência de ocorrência, com alta ordem de série, têm a mesma frequência. Parte da literatura, dedicada a esse tema, tem se referido a essa segunda etapa como a Lei de Zipf – Booth (SMITH, 2006).

A base investigatória dessa pesquisa foi operacionalizada no período de julho de 2011 a julho de 2012, por meio dos metabuscadores Scopus e *Web of Knowledge Cross Search* (Thomson *Scientific*). Apresentamos, inicialmente, na Figura 14, diferenças e similaridades dessas ferramentas de busca.

Assim, de acordo com Smith (2006), procuramos assegurar os princípios de uma pesquisa bibliométrica, identificando a qualidade da contribuição científica por meio de artigos à partir do impacto na ciência a longo prazo, bem como, a avaliação das revistas por meio de índices de impacto, através da indexação em bases de dados, de modo que permitisse a aquisição de um corpo teórico coeso na fundamentação em relação ao objeto de análise a que se propõe essa pesquisa.

A base de dados *Web of Science* originou – se nos Estados Unidos, enquanto que o Scopus originou – se na Europa. Ambas são bancos de dados que pertencem a provedores comerciais e, portanto, seu acesso é pago. A *Web of Science* cobre publicações mais antigas, porque possui seus registros indexados e arquivados desde 1900. A Scopus inclui artigos publicados a partir de 1966, mas as informações sobre as análises de citações estão disponíveis, apenas para artigos publicados depois de 1996.

Para a qualidade da contribuição científica, a Scopus e Web of Science, dispõem de algoritmos específicos que ranqueiam a relevância em longo prazo da contribuição. Estes princípios têm sido aplicados na avaliação de periódicos científicos. O fator de impacto (FI) de uma revista foi concebido em 1955 por Eugene Garfield, fundador do *Institute for Scientific Information* (ISI), e, tem sido, utilizado nas últimas décadas como um índice de qualidade das revistas científicas com base em análise de citações.

Figura 14 – Características dos metabuscadores

Características	SCOPUS	WEB OF KNOWLEDGE CROSS SEARCH
Data oficial de inauguração	Novembro de 2004	Janeiro de 2004 ¹
Número de Revistas	13.208	8.700
Linguagem principal	Inglês (mais 45 línguas)	Inglês (mais 30 línguas)
Foco	Ciências exatas, ciências da saúde, ciências humanas, ciências sociais.	Ciência, tecnologia, ciências sociais, artes e ciências humanas
Período de Cobertura	1966 – presente	1900 – presente
Cobertura de Base de Dados	100% Medline, Embase, Compendex, Fluidex, Geobase, Biobase.	Citação em ciências sociais, artes e ciências humanas, índice na área química, índice expandido de ciências sociais.
Análise de Citação	Número total de artigos citando na pesquisa em um tópico ou por autor, individualmente.	Em toda a <i>Web of Science</i> mais o total de número de artigos sobre um tópico ou por um autor individual

		citado em outros artigos.
Algoritmo de Análise de Citação	Imago <i>journal</i> e <i>country rank</i>	<i>Journal citation reports</i>
Organização	SCImago <i>research group</i>	Thomson <i>Scientific</i>
Base de Dados fonte	Scopus (Elsevier)	<i>Institute for Scientific Information (ISI) Web of Science</i>
Países de publicação das revistas	97	71
Principal indicador de qualidade das revistas	SCImago <i>journal rank</i> (SJR)	<i>Journal citation reports</i> (JCR)
Período de referência da qualidade das revistas	3 anos	1 ano
Autocitação em revistas	Não incluso	Incluso

Fonte: Elaboração própria, a partir dos sites

<http://apps.webofknowledge.com/UA_GeneralSearch_input.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&SID=2BIDk5OnKmgfmMjj6F4&preferencesSaved=> e <<http://www.scopus.com/home.url>>.

(1) Web of Science foi criada pela Thomson *Scientific* para projetar índices de citação

Embora o FI de uma revista seja, amplamente, considerado como o melhor instrumento para a avaliação da qualidade dos periódicos científicos, não faltam críticas, de acordo com Falagas et. al (2008). Os principais pontos de consideração recaem sobre os aspectos metodológicos, para o cálculo desses índices, em relação à avaliação da qualidade das citações, a inclusão de autocitações, a fraca comparabilidade entre diferentes campos científicos, e principalmente, a análise de publicações em inglês.

O cálculo do FI consiste na equação, da divisão: i) do número de vezes em que os artigos publicados em biênios anteriores foram citados por periódicos indexados durante o ano posterior, sobre; ii) o número total de determinados itens citáveis, que correspondem a artigos, revisões, congressos publicados nesse ano posterior. Ou seja, quanto maior o resultado dessa divisão, em termos numéricos, maior o prestígio em termos de qualidade, conforme ao que esse indicador se propõe (KULKARNI et al., 2009).

O SJR foi desenvolvido em 2007, pelo pesquisador Félix de Moya y Anegón, na Espanha e representa uma medida de impacto científico, condicionado ao número de citações recebidas por uma revista e a importância ou prestígio dessas revistas de onde tais citações provém. Além disso, as autocitações são suprimidas funcionando como um indicador independente do tamanho, já que seus valores ordenam os periódicos pelo seu prestígio médio por artigo podendo ser utilizado para comparações de revistas nos processos de avaliação em

ciências. Toma por base o algoritmo *PageRank*, utilizado pelo Google para ordenar as páginas mais visitadas em uma busca, além de parte do seu cálculo utilizar as mesmas diretrizes do FI. (YU et al., 2005).

Falagas et al. (2008) apontam que as principais diferenças entre o JCR e SJR derivam, principalmente, nas bases de dados científicos utilizados como fontes de citação, bem como a partir de diferenças na metodologia de estimativa desses índices. Considerando a fonte de base de dados, o SJR pode fornecer uma estimativa mais abrangente no valor científico das revistas, particularmente, para aqueles publicados em idiomas diferentes do inglês. Além disso, a base *Web of Science* leva em consideração as citações provenientes de um subconjunto de revistas de origem, em consonância com a Lei de Bradford, excluindo alguns periódicos publicados, em idiomas diferentes do inglês, um fator que pode influenciar no resultado final.

Frente a essas ambiguidades, conduzimos essa etapa da nossa pesquisa, considerando os dois maiores buscadores de informações científicas mundiais, de acordo com SMITH (2006) para que pudéssemos recorrer ao maior número de publicações referente ao nosso objeto de pesquisa.

Buscou – se a classificação pela Comissão Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)¹⁴, sob responsabilidade do IBGE, no qual utiliza a metodologia de classificação do setor de serviços definida pela *Standard Industrial Classification*, sob responsabilidade da Organização das Nações Unidas (ONU). Assim, das 21 seções presentes no documento, sobre a atividade econômica do setor de serviços, Saúde Humana e Serviços Sociais correspondem a uma delas (IBGE, 2004).

A partir dessa seção, grafaram – se palavras – chave condizentes com nosso problema de pesquisa, ou seja, atenção primária à saúde, serviços de saúde, inovação. Assim, definiram – se as expressões de busca, por meio dos metabuscadores, de documentos que trouxessem a associação das seguintes palavras, utilizando, assim, mais de um campo para análise: “*innovation in service*” ou “*innovation in services*”, a fim de eliminar possíveis erros de interpretação, além de, “*Primary Care*” ou “*Primary Health Care*”.

Na Figura 15, esclarecemos os detalhes da busca para esse conteúdo. Na Scopus, a análise inicial da expressão de busca “*innovation in service*” ou “*innovation in services*”, foi a partir da seleção dos campos de pesquisa de título, resumo e palavra – chave, em uma mesma rodada de seleção. No caso da *Web of Knowledge Cross Search*, as expressões de

¹⁴ Para mais informações, acessar <[http://concla.ibge.gov.br/classificacoes/por – tema/atividades – economicas](http://concla.ibge.gov.br/classificacoes/por-tema/atividades-economicas)>.

busca foram submetidas ao campo de pesquisa tópico (tema e assunto) e título, em duas rodadas de seleção, pois a ferramenta disponibilizava apenas um elemento por campo de pesquisa, apesar de fornecer a adição de vários campos de pesquisa. Para tanto, efetuou – se a análise em duas rodadas, para minimizar erros de interpretação dos artigos, no momento da busca.

Na página inicial da Scopus foi possível, também, definir o ajuste do período analisado, a área de interesse e o tipo de documento, diferentemente, da *Web of Knowledge Cross Search*, onde, apenas definiu – se o período analisado para posterior refinamento do domínio da pesquisa e do tipo de documento.

Para a expressão de busca “*Primary Care*” ou “*Primary Health Care*” e “*Innovation in service*” ou “*Innovation in services*”, utilizou – se toda a sequência de rodadas abordada para análise da inovação em serviços, exceto, quanto ao período analisado, que se limitou aos últimos onze anos. Optou – se por esse refinamento, em consideração ao tema da APS, pois vêm apresentando grandes reformas, iniciadas a partir da Conferência de Alma – Ata, evidenciando, maiores repercussões de mudanças e melhorias sociais, depois do ano 2000, de acordo com Starfield et al. (2005) e Bodenheimer (2006).

Figura 15 – Resultado da busca de artigos nos metabuscadores

Metabuscador	Scopus		<i>Web of Knowledge Cross Search</i>	
Expressão da Busca	“ <i>Innovation in service</i> ” ou “ <i>Innovation in services</i> ”	“ <i>Primary Care</i> ” ou “ <i>Primary Health Care</i> ” e “ <i>Innovation in service</i> ” ou “ <i>Innovation in services</i> ”	“ <i>Innovation in service</i> ” ou “ <i>Innovation in services</i> ”	“ <i>Primary Care</i> ” ou “ <i>Primary Health Care</i> ” e “ <i>Innovation in service</i> ” ou “ <i>Innovation in services</i> ”
Campo de pesquisa	Resumo, Título e Palavra – Chave		1ª Tópico – (Tema e Assunto) e 2ª Tópico – Título	
Período analisado	1966 – 2012	2001 – 2012	1900 – 2012	2001 – 2012
Área de Interesse/ Domínio da Pesquisa	<i>Social Sciences and Humanities</i>		<i>Social Sciences and Humanities</i>	
Tipo de documento	Artigos		Artigos	
Resultado Final da Análise	177	102	138	97

Fonte: Elaboração própria.

Os termos “*Primary Care*” ou “*Primary Health Care*” foram considerados na pesquisa, pois, conforme alerta Shi (2012), em um artigo de revisão sobre o impacto da APS, considera – se, nos países orientais, e oeste europeu, o termo para a análise de cuidados primários em saúde pública como “*Primary Health Care*” e, não de “*Primary Care*”, utilizado em países ocidentais. O termo “*Primary Care*”, nos países orientais e oeste europeu, denotam serviços de medicina familiar, normalmente, fornecidos pelo médico à pacientes individuais, considerada, portanto, uma ação pessoal – orientada.

Para a análise dos termos “*Innovation in service*” ou “*Innovation in services*” obteve – se, na primeira rodada, para a Scopus, a quantidade de 453 artigos e para a *Web of Knowledge Cross Search*, considerando os dois momentos de busca, a quantidade de 402 artigos. Desses, 177 artigos possuíam pelo menos uma citação na Scopus e 138 na *Web of Knowledge Cross Search*, amostra, portanto, considerada, para análise dos resumos e seleção final, conforme Apêndice XX, quanto à aproximação ao tema de pesquisa.

Para a expressão de busca “*Primary Care*” ou “*Primary Health Care*” e “*Innovation in service*” ou “*Innovation in services*”, obteve – se, na primeira rodada, para a Scopus, a quantidade de 812 artigos e para a *Web of Knowledge Cross Search*, considerando os dois momentos de busca, a quantidade de 921 artigos. Desses, foi feita, previamente, uma exclusão de todos os artigos que apresentassem a avaliação da APS a partir de estudos de intervenções e tratamentos patológicos populacionais, como por exemplo, repercussões evolutivas dos pacientes com hipertensão arterial, diabetes mellitus, na APS, dentre outros.

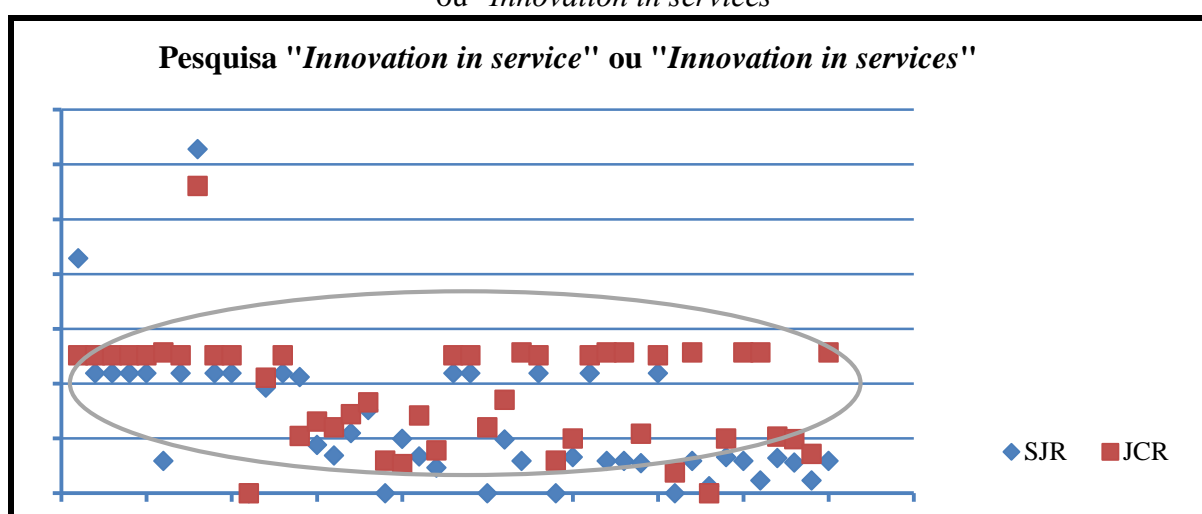
Após, essa etapa, submeteu – se a leitura de todos os resumos, ou seja, 102 documentos da Scopus e 97 documentos da *Web of Knowledge Cross Search*, selecionando – se os artigos de relevância conforme o tema da pesquisa. Concomitante, seguindo as diretrizes de uma análise bibliométrica, nos resultados evidenciados do número de artigos encontrados, selecionaram – se aqueles de maior citação, levando – se em consideração, a aproximação com os temas da pesquisa proposta. Assim, no Apêndice I, apresentamos a síntese do material de análise que serviu de base para a fundamentação teórica desta Tese de Doutorado.

Foi analisada, em um segundo momento, toda a informação referente às revistas. Além das informações sobre o ranqueamento em termos da qualidade das revistas, ou seja, o JCR e SJR. Também, foi analisado o índice H, desenvolvido por J.E. Hirsch (2005), medida que avalia a quantidade de artigos publicados em determinado período de tempo em relação ao número total de citações de uma revista. Apresentou – se, ainda uma síntese para cada artigo, conforme apresentado no Apêndice I.

O índice H também é avaliado em relação ao pesquisador. Assim, na nossa pesquisa, para a expressão “*Innovation in service*” ou “*Innovation in services*”, os autores de maior índice H, foram Gallouj (H: 9), Barras (H: 9), Evangelista (H: 9), seguido de Windrum (H: 8), Sirilli (H: 7), Drejer (H: 6), Djellal (H: 4) e Savona (H: 4). Para a expressão “*Primary Care*” ou “*Primary Health Care*” e “*Innovation in service*” ou “*Innovation in services*”, os autores com maior índice H foram Starfield (H: 58), Robert (H: 44), Grumbach (H: 42), Bodenheimer (H: 39), Shi (H: 38), Greenhalgh (H: 31), Macinko (H: 18), dentre outros.

Foi possível observar, uma similaridade na busca pelos artigos nos dois metabuscadores, com pequenas discrepâncias na quantidade de citações, e, conseqüentemente, no indicador de qualidade dessas revistas, no que diz respeito as pontuações indicadas pelo SJR e JCR. Essa situação é evidenciada a partir da maior cobertura de revistas e periódicos, citações em outras fontes, como livros e a quantidade de países que abrange a publicação das revistas sob análise da Scopus em relação à *Web of Knowledge Cross Search*. Por outro lado, a *Web of Knowledge Cross Search* atende, fielmente, a Lei de Bradford, que afirma que a maior parte das importantes descobertas científicas é relatada em apenas um pequeno número de periódicos (FALAGAS et al., 2008). Por essa razão, encontramos referências que indicam que a *Web of Knowledge Cross Search* enfatiza a qualidade de sua cobertura de conteúdo, e não a quantidade (YU et al., 2005; SMITH, 2006).

Figura 16 – Dispersão do número de artigos pesquisados (eixo horizontal) em relação aos valores do SJR e JCR (eixo vertical/escala de 0 a 3) para a pesquisa “*Innovation in service*” ou “*Innovation in services*”



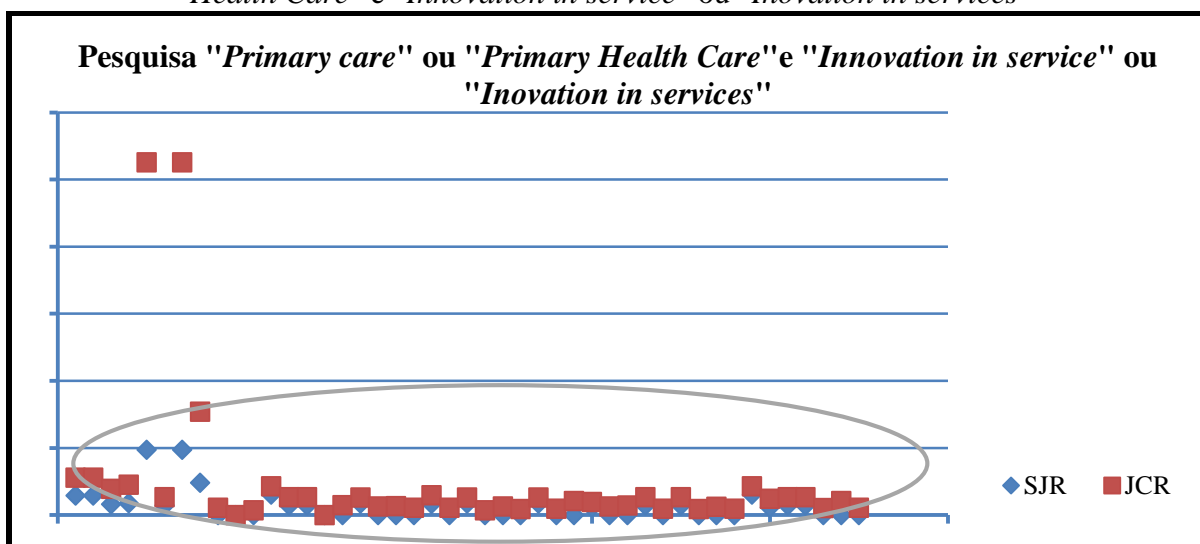
Fonte: Elaboração própria.

Na análise da expressão de busca “*Innovation in service*” ou “*Innovation in services*”, as revistas de maior menção foram a *Research Policy* (H:100) e *Service Industries Journal*

(H:25), representando, respectivamente, 29% e 18%. O JCR apresentou uma média (μ) de 1,93 e desvio padrão (σ) de 0,96 e o SJR uma $\mu = 1,45$ e $\sigma = 1,90$, conforme demonstra a Figura 16. Propondo uma análise, foi possível evidenciar uma relativa homogeneidade em relação aos indicadores de qualidade das revistas que fizeram parte de nossa fundamentação teórica para essa etapa. O traçado em elipse corresponde à concentração de artigos publicados com os indicadores SJR e JCR.

Em relação à expressão de busca “*Primary Care ou Primary Health Care*” e “*Innovation in service*” ou “*Innovation in services*”, as revistas que mais apresentaram artigos em nossa pesquisa foram a *New England Journal of Medicine* (H:619), *Social Science and Medicine* (H:129) e a *Health Care Management Review* (H:29) representando, respectivamente, 16% para os dois primeiros *journals* e 7% demonstrando um grupo mais heterogêneo de periódicos encontrados para essa etapa. Além disso, foi possível identificar, conforme Figura 17, que considerando a análise dos valores do JCR, a $\mu = 4,85$ e o $\sigma = 10,92$, obtivemos uma heterogeneidade maior em relação a essa mensuração. O SJR apresentou uma $\mu = 1,31$ e um $\sigma = 2,16$. O traçado em elipse corresponde à concentração de artigos publicados com SJR e JCR.

Figura 17 – Dispersão do número de artigos pesquisados (eixo horizontal) em relação aos valores do SJR e JCR (eixo vertical/escala de 0 a 5) da pesquisa “*Primary Care ou Primary Health Care*” e “*Innovation in service*” ou “*Innovation in services*”



Fonte: Elaboração própria.

Ao considerarmos uma análise anual, dos anos de 2010 a 2012, considerando a expressão de busca de “*Innovation in service*” ou “*Innovation in services*”, tanto para Scopus e *Web of Knowledge Cross Search*, observamos o incremento de 3% ao ano, numa proporção geométrica de novos artigos publicados sobre o tema. Para a expressão “*Primary Care ou*

Primary Health Care” o incremento é de 18% ao ano, numa proporção constante. Importante ressaltar, que essa análise considerou artigos, na área de “*Social Sciences and Humanities*” que trouxessem em seu título, resumo e palavra – chave as expressões. Isso representa o interesse e a relevância, sob uma perspectiva científica, sobre os temas elencados nessa pesquisa.

3.2 ENFOQUE E TIPO DE ESTUDO

Para atingir o objetivo da Tese de Doutorado de analisar a dinâmica da inovação no serviço público da Atenção Primária à Saúde de Caxias do Sul (RS) foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório, contemplando, em um primeiro momento, o período de análise do ano 2009 até 2012, possibilitando, assim, um horizonte de tempo compatível para uma compreensão maior do problema de pesquisa. Da mesma forma, permitiu que fossem identificadas variáveis-chaves que pudessem ser incorporadas em uma posterior pesquisa quantitativa, conforme afirma Creswell (2007).

Ademais, considerando o contexto público da APS, ao considerarmos a escolha do modelo de Windrum e García – Goñi (2008), temos a condição de decisores de políticas públicas agindo sobre o processo de inovação. A partir das considerações de Bugge et al. (2010) podíamos apresentar uma inconsistência de análise, pois a inovação pode ser motivada por razões políticas, a fim de se obter vantagem de votos pela aprovação de eleitores em relação a candidatos da oposição. Sendo assim, a escolha do período de análise desta Tese de Doutorado permanece restrita a um mandato eletivo municipal.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou, a constituir hipóteses, tendo como objetivo principal, por assim dizer, o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2007). Sendo assim, esta Tese de Doutorado contribui para a discussão na investigação da inovação e seus processos sobre objetivos declarados de leis e portarias da política da APS no Brasil.

Quanto aos seus objetivos, a pesquisa foi caracterizada como descritiva, pois procura apresentar o desenvolvimento da inovação na APS de Caxias do Sul (RS), em diferentes estabelecimentos, identificando efeitos das capacidades e preferências diretas dos agentes atuantes, e, conseqüentemente, nas características finais do serviço de saúde.

Em relação à classificação quanto a natureza, esta Tese de Doutorado, envolveu uma pesquisa qualitativa e quantitativa. A pesquisa qualitativa é em si um campo de investigação. Ela atravessa disciplinas, campos e temas, entre essas definições existem uma família interligada e complexa de termos, conceitos e suposições. Entre eles tem – se o funcionalismo, positivismo, pós – funcionalismo, pós – positivismo, pós – estruturalismo e as diversas perspectivas e métodos de pesquisa qualitativa relacionada aos estudos culturais e interpretativos (ALVES – MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999). Assim, a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como sendo exploratória e os pesquisadores a utilizam com a finalidade de explorar um tópico quando suas variáveis e bases teóricas são desconhecidas (CRESWELL, 2007).

Por outro lado, a tese assumiu a perspectiva de pesquisa quantitativa, pois, conforme Hair Jr. et al. (2006), Bush e Ortinau (2000), se apresentou de forma estruturada na coleta de dados, submetido a um número considerável de respondentes e cujas respostas são predeterminadas pelo pesquisador.

Para Marconi e Lakatos (1990), a técnica de pesquisa pode ser identificada como a parte prática da pesquisa, onde, define – se por técnica, um conjunto de preceitos ou processos dos quais a ciência ou a arte se servem.

Assim, o método de trabalho escolhido é o estudo de caso, uma vez que se propõe a descrever e analisar um fenômeno, dentro do seu contexto (YIN, 2005). Conforme Kaplan (1969), métodos de abordagem de trabalhos científicos, referem – se ao plano geral do trabalho, a seus fundamentos lógicos e aos processos de raciocínio adotados, enquanto métodos de procedimentos relacionam – se com as etapas do trabalho.

Para Gil (2007), o estudo de caso consiste no estudo aprofundado e exaustivo de um ou poucos objetivos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento com diferentes propósitos, tais como: i) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; ii) preservar o caráter unitário do objeto estudado; iii) descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; iv) formular hipóteses ou desenvolver teorias; e v) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos. Ainda, Gil (2007), expõe que o estudo de caso é geralmente organizado em torno de um pequeno número de questões que se referem ao como e ao porque da investigação. Sua delimitação não aceita um roteiro rígido, sendo delineado por quatro fases:

i) delimitação do caso; ii) coleta de dados; iii) seleção, análise e interpretação dos dados, e, iv) elaboração do relatório.

Para Roesch (2005), o estudo de caso pode ser único ou múltiplo e a unidade de análise pode ser um ou mais indivíduos, grupos, organizações, eventos, países ou regiões. Dessa forma, nessa pesquisa foi utilizado o estudo de caso com unidades de análise múltiplas, onde vários estudos são conduzidos simultaneamente. Corroborando, Yin (2005) esclarece:

O mesmo estudo pode conter mais de um caso único (...). Um exemplo comum é o estudo das inovações feitas em uma escola na qual ocorrem inovações independentes em áreas diferentes. Assim, cada área pode ser objeto de um estudo de caso individual, e o estudo como um todo teria utilizado um projeto de casos múltiplos (Yin, 2005, p. 71).

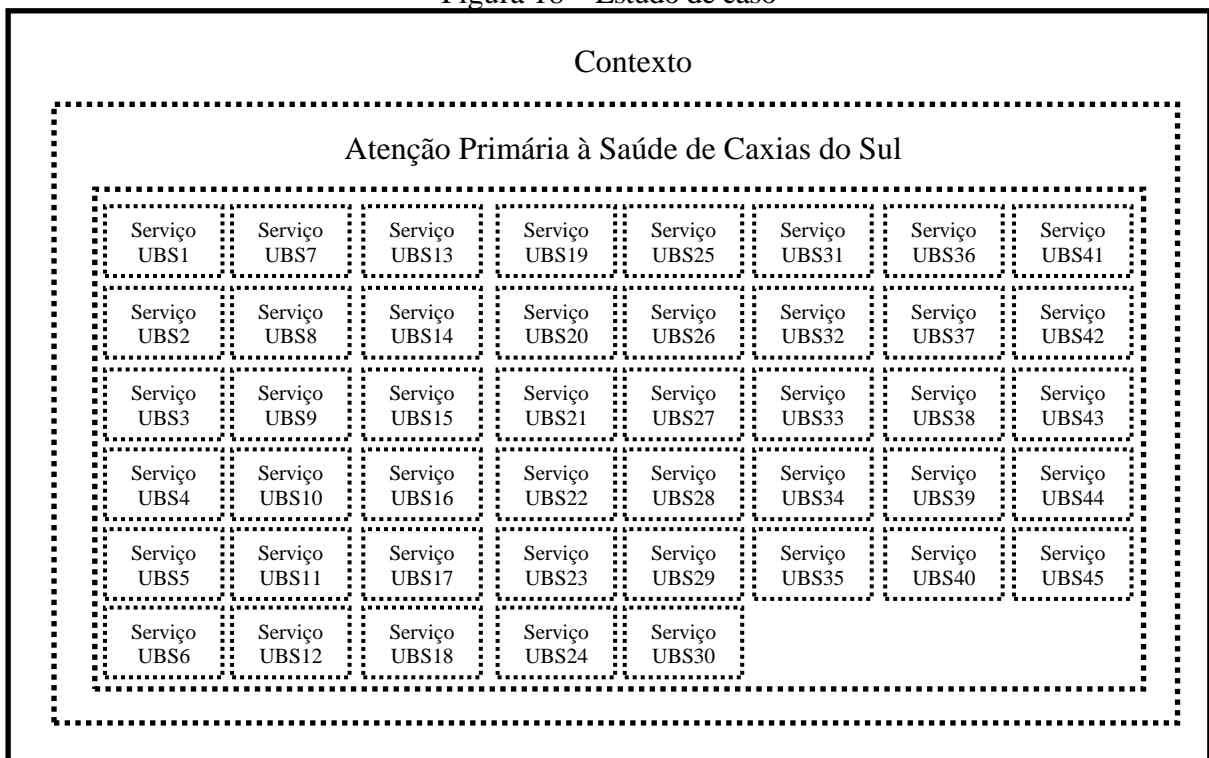
A opção metodológica pelo estudo de caso, nesta Tese de Doutorado fica reforçada pelo aspecto de análise, numa primeira condição, das características distintas das inovações em serviços o que propicia peculiaridades ímpares em relação ao que podemos identificar na indústria e, numa segunda condição, de avaliar um aspecto relacional da estrutura da APS a partir das condições do modelo conceitual de inovação em serviços definido. Além disso, a proposta de investigação da APS, relacionando seus determinantes, atores e objetivos visando compreendermos sua dinâmica, conduz a uma pesquisa que se encontra, perfeitamente, adequada ao estudo de caso.

Dessa forma, conforme a Figura 18, observamos 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS) estudadas, denominadas população, configurando – se como unidades de análise ou, como definimos, serviços elementares constitutivos (WINDRUM e GALLOUJ, 2009), no estudo de caso único da APS de Caxias do Sul (RS). As demarcações de linhas pontilhadas demonstram que não existe rigidez entre as unidades de análise, entre o caso, e o contexto. O esboço do estudo de caso vai ao encontro da análise da inovação em serviços, na qual adota a dimensão da diversidade presente nos serviços, trabalhando o fenômeno da inovação, nomeadamente. Essa investigação confronta – se com uma situação única, permitindo amplo e detalhado conhecimento de determinado objeto, tendo como resultado várias fontes de evidência, evitando níveis abstratos, expondo de forma mais clara aspectos específicos do problema (Yin, 2005).

Entretanto, a coleta de dados no estudo de caso é mais complexa porque, diferentemente da maioria das pesquisas, utiliza – se mais de uma técnica no processo de coleta de dados, sendo, esse acomplexidade, fundamental para garantir a qualidade dos dados obtidos, conforme aponta Gil (2007). Assim, no caso desta Tese de Doutorado, objetivando

maior compreensão metodológica, de cada uma das partes da pesquisa sobre a dinâmica das inovações no serviço público da APS de Caxias do Sul (RS), duas etapas da pesquisa, foram organizadas e descritas a seguir. A primeira fase abarcou a compreensão da revisão bibliográfica, no aprofundamento do tema abordado compreendendo uma fase qualitativa e quantitativa para entendimento das variáveis que serviram de base para a fase seguinte. A segunda etapa da pesquisa compreendeu uma abordagem quantitativa com a finalidade de aferir as relações propostas e entender a proposição, e, entender o modelo em análise, estatisticamente.

Figura 18 – Estudo de caso



Fonte: Elaboração própria a partir de Yin (2005).

Em relação aos meios, o delineamento da pesquisa utilizou técnicas de coleta de dados, tais como observação direta no ambiente da APS, análise de documentos, aprofundados por meio da revisão de leis, decretos entre outros normativos produzidos na esfera federal, através do Ministério da Saúde, na esfera estadual, através da Secretaria Estadual de Saúde, e, esfera municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, como forma de construir a compreensão ampla sobre o problema. A pesquisa de campo abrangeu entrevistas em profundidade e questionários estruturados, em dois momentos, com os gestores responsáveis pelas UBS que compõem a APS de Caxias do Sul (RS), analisados a partir da utilização do *software Statistical Package for Social Scienses (SPSS) 19.S e Microsoft Office Excel, 2007*.

3.2.1 Modelo Conceitual

A proposta conceitual que norteou a construção lógica do processo de investigação foi a do Modelo Multiagente de Coevolução das Características dos Serviços (WINDRUM e GARCÍA – GOÑI, 2008), conforme representado na Figura 19.

Partiu – se da interpretação de que o produto final dos serviços de saúde é combinado por um conjunto de características determinadas pelas capacidades e preferências de diferentes atores envolvidos no contexto (WINDRUM e GARCÍA – GOÑI, 2008) do setor saúde do serviço da APS de Caxias do Sul (RS). Ou seja, o produto do serviço são os meios pelos quais os diferentes agentes comunicam suas preferências e capacidades na criação de um novo serviço. Indicando que, a questão – chave na escolha de análise do modelo apresentado nesta tese é baseada na suposição de que estamos estudando setores de capital humano intensivo, no caso a saúde, onde o produto/serviço final de entrega assume diferentes participações, ou seja, o efeito final depende das ações de todos os agentes envolvidos no processo, e o impacto final de entrega do serviço é desconhecido, em grande parte das situações (GALLOUJ e WINDRUM, 2009; WINDRUM e GARCÍA – GOÑI, 2008).

Doravante, a estrutura da APS composta por serviços elementares constitutivos (GALLOUJ e WINDRUM, 2009), no caso das UBS, auxilia no entendimento dos processos de inovação que se disseminam como práticas exitosas no setor da saúde. Também, auxilia a compreender, como ocorrem às relações e interações com diferentes organizações, profissionais e usuários que atuam conjuntamente no processo de serviços de saúde.

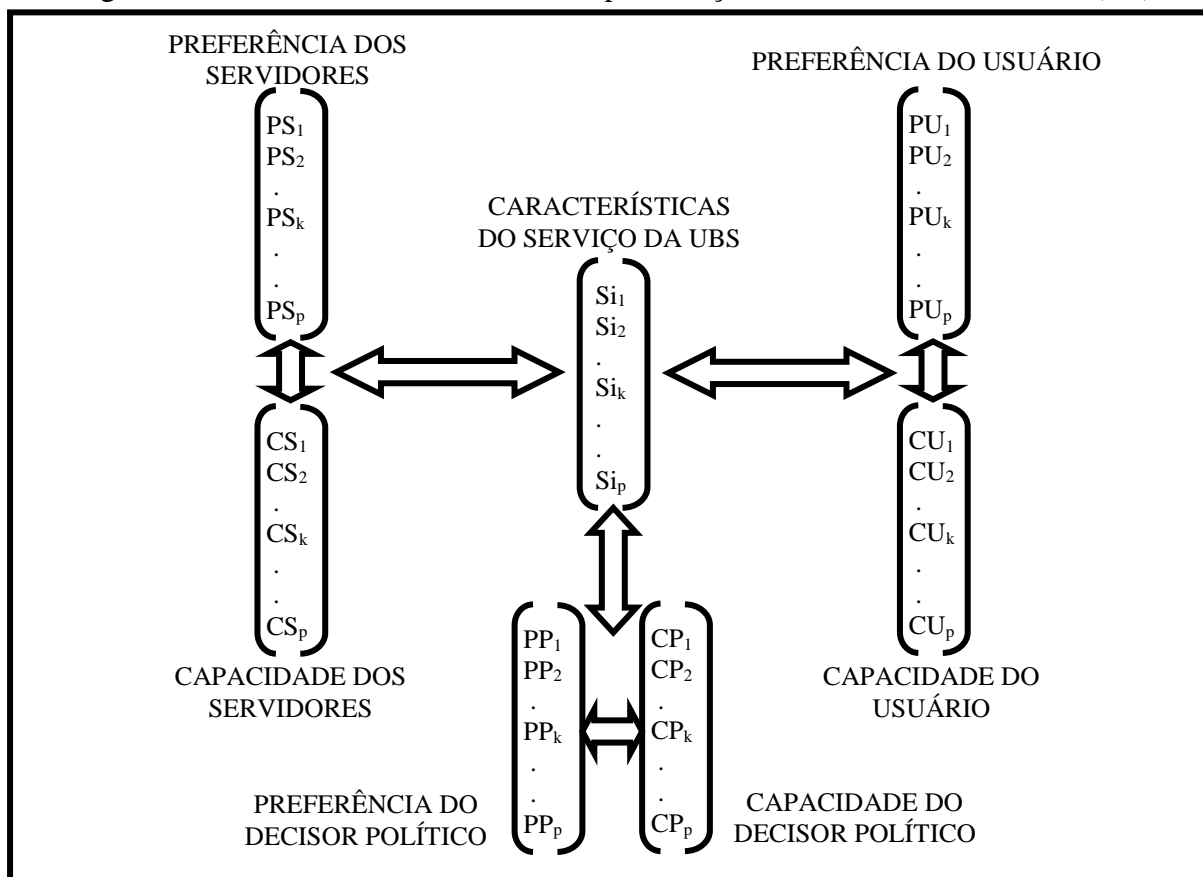
Ou seja, a introdução de características novas do serviço de cada UBS, representado pelo vetor [Si] pode ser entendida por um conjunto próprio da mobilização de capacidades e preferências de diferentes atores:

- a) Servidores (vetor [PS] e [CS]), que se pressupôs que fossem representados pelos profissionais de diferentes áreas de conhecimento (Medicina, Enfermagem, Administração, etc.), que atuam no serviço de cada UBS;
- b) Usuários (vetor [PU] e [CU]), que se pressupôs que fossem representados pela população adscrita, pertencente as microáreas de responsabilidade de cada UBS;
- c) Decisores políticos (vetor [PP] e [CP]), que se pressupôs que fossem representados pelos entes federados, ou seja, a SMS, a SES e o MS.

Assim, a atribuição do sentido das categorias identificadas pelas entrevistas e nos dois questionários estruturados, baseou – se na percepção de que mudanças nas características do serviço (GALLOUJ e WEINSTEIN, 1997), que envolvem as capacidades e preferências dos

multiagentes, promovem, pontualmente, as mudanças finais das características, interpretadas como inovações em serviço (GALLOUJ e WEINSTEIN, 1997; WINDRUM e GARCÍA – GOÑI, 2008).

Figura 19 – Modelo conceitual base de representação da APS de Caxias do Sul (RS)



Fonte: Elaboração própria a partir de Windrum e García – Goñi (2008).

3.2.2 Modelo de Análise

O modelo de análise está fundamentado na proposta desenvolvida na problemática da pesquisa e na revisão teórica, e, corresponde a representação da Figura 20.

O contexto da APS é caracterizado e decomposto por diferentes serviços constitutivos (Si), representados pela população de 45 UBS, conforme já especificado na Figura X (estudo de caso), nos quais a inovação em serviços é analisada nos distintos estabelecimentos para compor a análise do contexto. Dessa forma, considerou – se a natureza processual e diversificada do setor de serviços (GRILICHES, 2002; GADREY, 2001) e as características específicas decorrente da análise da inovação em serviços (TOIVONEN e TUOMINEN, 2009; DJELLAL e GALLOUJ, 2006; GALLOUJ e WINDRUM, 2009) representadas a partir

da fundamentação teórica com a precedência do modelo conceitual e suas especificidades, conforme Figura 19.

Figura 20 – Modelo de análise da APS de Caxias do Sul (RS)

1ª ETAPA DA PESQUISA		2ª ETAPA DA PESQUISA		
Serviço	Qualidade do Serviço	Grupo	Tipo de Inovação	Mobilização dos Agentes
APS de Caxias do Sul (RS) UBSX	Acesso	Inovações em Produto	Produto 1 Produto 2 Produto n	Capacidades dos Servidores
				Preferência dos Servidores
	Longitudinalidade	Inovações em Produto	Produto 1 Produto 2 Produto n	Capacidade dos Usuários
				Preferências dos Usuários
	Coordenação	Inovações em Processo	Processo 1 Processo 2 Processo n	Capacidades do Decisor Político
				Preferências do Decisor Político
	Integralidade	Inovações em Marketing	Marketing 1 Marketing 2 Marketing n	Capacidades dos Servidores
				Preferência dos Servidores
	Orientação Comunitária	Inovações em Marketing	Marketing 1 Marketing 2 Marketing n	Capacidade dos Usuários
				Preferências dos Usuários
	Orientação Familiar	Inovações Organizacionais	Organizacional 1 Organizacional 2 Organizacional n	Capacidades do Decisor Político
				Preferências do Decisor Político
Orientação Familiar	Inovações Organizacionais	Organizacional 1 Organizacional 2 Organizacional n	Capacidades dos Servidores	
			Preferência dos Servidores	
Orientação Familiar	Inovações Organizacionais	Organizacional 1 Organizacional 2 Organizacional n	Capacidade dos Usuários	
			Preferências dos Usuários	
Orientação Familiar	Inovações Organizacionais	Organizacional 1 Organizacional 2 Organizacional n	Capacidades do Decisor Político	
			Preferências do Decisor Político	

Fonte: Elaboração própria.

Não obstante, para atingir a segunda etapa da pesquisa foi necessário o levantamento das inovações de acordo com a tipologia proposta pelo Manual de Oslo a fim de evidenciar se o serviço de saúde reconhecia práticas novas e melhoradas no seu contexto. Assim, seguindo a proposta de Windrum e García – Goñi (2008), a introdução de algo novo, é por si só caracterizada como um tipo de inovação – que pela interpretação dos autores representaria a ocorrência da inovação proposta por Schumpeter (1934) –, onde os interesses dos diferentes agentes, determinam a direção e a forma das inovações em saúde.

Além disso, foi necessário evidenciar, previamente, se o serviço de saúde estava orientado para a qualidade da APS, visto que de acordo com a especificidade dos serviços, a análise da qualidade torna – se um importante parâmetro na condução de diferenciais competitivos (GRÖNROOS, 1990; DONABEDIAN, 1994; GADREY, 2001; FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2005).

Por conseguinte, o cruzamento de informações sobre as possíveis inovações elencadas e a qualidade do serviço das unidades de análise permitiu uma robustez em termos de resultados aferidos pela confrontação de dados.

Considerando a abordagem de Windrum e García – Goñi (2008), os diferentes grupos envolvidos no processo de inovação, bem como as instituições em que os processos de inovação têm lugar, são afetados pela introdução de novidades, dessa forma, o modelo é impulsionado por interações entre esses agentes. Posto fim a primeira etapa de pesquisa, objetivou – se mensurar a relação das capacidades e preferências mobilizadas de diversos agentes sobre o processo dessa introdução, identificando os principais impulsionadores da dinâmica da inovação nos serviços de saúde desse contexto.

3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

A primeira etapa da pesquisa consistiu em identificar os tipos de inovações, além de, identificar os atores, que fazem parte da estrutura da APS, verificar a qualidade do serviço da APS e identificar os processos de inovação desenvolvidos pela APS de Caxias do Sul (RS). Assim, para alcançar os objetivos da primeira etapa do estudo foram coletados dados primários e secundários.

Para tanto, esta fase dispôs do instrumento de pesquisa para coleta de dados elaborado conforme Apêndice II, sendo os dados primários oriundos das entrevistas individuais em profundidade realizadas com gestores e do questionário estruturado realizado com os gestores, das 45 UBS que compõem a estrutura da APS de Caxias do Sul (RS), considerando o perfil dos entrevistado e sua disponibilidade de tempo.

Em investigação da metodologia qualitativa, Garcia et al. (2002), identificaram que os profissionais dos serviços de saúde proporcionam informações importantes para melhorar o modelo de atenção à saúde oferecido. Assim, a escolha pelo gerente de UBS foi à decorrência da orientação de Campos (1992) em que afirma que o trabalho de gerência desenvolvido em uma UBS, pode ser concebido como um meio para se consolidar um determinado processo de produção de ações em saúde ou para transformá – los. Assim, sua missão é conduzir técnica,

política e administrativamente os processos de trabalho de forma a garantir as mudanças estratégicas elencadas para as necessidades locais do seu território de abrangência, ou seja, da UBS, e, suas ESF.

Ou seja, o gerente de UBS, representa o elo entre a produção (envolvendo todas as normativas) e a garantia da prestação final do serviço de saúde na UBS. Dessa forma, elencamos como o profissional que pudesse nos fornecer a quantidade de informação necessária para os objetivos da Tese.

Os dados secundários são originários da revisão da bibliografia, bancos de dados oficiais e outras informações constantes em periódicos, artigos, teses e estudos sobre o tema pesquisado e sobre o sistema de saúde, obtendo uma base conceitual para consolidar o referencial teórico utilizado (KÖCHE, 2004).

3.3.1 Entrevista em Profundidade

A entrevista individual em profundidade é a técnica fundamental da pesquisa qualitativa, têm como propósito descobrir as questões implícitas, onde o respondente é induzido a comentar sobre suas crenças, atitudes e informações subjacentes ao tema em estudo (MALHOTRA, 2001). O método de entrevistas individuais é onde o entrevistador fica em frente ao entrevistado, tendo a oportunidade de explorar em profundidade um determinado problema de pesquisa, sendo este o mais adequado para os objetivos proposto nesta pesquisa. Além disso, segundo Richardson (1999, p. 208), a entrevista em profundidade procura saber o quê, como e por que algo ocorre, em lugar de determinar a frequência de certas ocorrências, nas quais o pesquisador acredita.

No caso desse trabalho buscou – se identificar, a partir da população descrita, com a entrevista individual em profundidade, aplicada aos gestores das UBS, quais os tipos de inovações ocorrem, considerando as dimensões de inovação de produto (bem ou serviço), de processo, de *marketing* e organizacional, na APS de Caxias do Sul (RS) a fim de gerar propósitos do entendimento sobre o processo de inovação no serviço público de saúde de Caxias do Sul.

Tendo em vista que os entrevistados poderiam não ter o pleno conhecimento dos conceitos referente ao assunto pesquisado, foram elaborados cartões contendo as definições constantes no Manual de Oslo (2005), os quais foram utilizados em todas as entrevistas realizadas, minimizando dispersões e suposições a respeito do assunto pesquisado, conforme Apêndice II.

O instrumento de pesquisa foi elaborado de forma semiestruturada com perguntas abertas. Além disso, o instrumento foi aplicado e pré – validado pelas Especialistas Dr^a. Janaína Macke¹⁵, Dr^a. Maria Emília Camargo¹⁶ e pela Sra. Miriam Schaefer¹⁷ (NODARI, 2011).

Essa etapa contou com o vínculo e parceria do Núcleo de Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade de Caxias do Sul (NEPESC – UCS) e Núcleo Permanente de Educação em Saúde (NEPS), através do Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde), da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES – MS), de acordo com o Anexo II e III, disponibilizando cinco bolsistas – tutores que aplicaram a entrevista aos quarenta e cinco gestores das UBS de Caxias do Sul.

Ressalta – se que esse processo contou com a realização prévia de duas oficinas de treinamento para a orientação específica da coleta dos dados, conforme preconizado por Bauer e Gaskell (2003), bem como, para o esclarecimento de dúvidas pertinentes ao processo, tanto aquelas dos coletadores, como as que pudessem surgir do entrevistado procurando reduzir erros por dificuldade de informação. As entrevistas foram coletadas no período de oito meses, de dezembro de 2011 a agosto de 2012.

3.3.2 Questionário Estruturado da Primeira Etapa da Pesquisa

Gil (2007) aponta que a pesquisa quantitativa é um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas que, normalmente implica a construção de inquéritos por questionário. Avaliações abrangentes da estrutura e processo de trabalho por instrumentos validados tornam – se importantes para reconhecer os caminhos que levam ao impacto observado nos estudos para orientar a qualificar a APS. Um exemplo desse tipo de avaliação pode ser observado nos estudos que utilizaram o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*¹⁸ desenvolvido e validado por Starfield et al. (2001), com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1993). Esse questionário avalia o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS, conforme demonstra a Figura 21. Cada atributo essencial identificado no instrumento *PCATool* é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente

¹⁵ Informações complementares em <http://lattes.cnpq.br/4947114574577513>.

¹⁶ Informações complementares em <http://lattes.cnpq.br/7617091280907670>.

¹⁷ Diretora das Ações Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul (RS).

¹⁸ ©1998 *Primary Care Policy Center for Underserved Populations* Johns Hopkins University, 1998.

acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo), conforme Starfield et al. (2001):

a) Essenciais

- a. Acesso de primeiro contato: Existem importantes justificativas teóricas e empíricas para a função da atenção primária como “porta de entrada” do sistema de saúde, conforme trabalhos de Freeman et al. (1987), Weiner e Starfield (1983) e Kovar (1989). O acesso envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (características estruturais ou de capacidade de atenção) e, que, portanto envolve um acesso sociorganizacional e a utilização desses serviços quando surge a necessidade de atenção (uma característica do processo ou desempenho da atenção) contemplando, portanto, um acesso geográfico para a população em questão;
- b. Integralidade: De acordo com as premissas de Starfield (2002), a integralidade dos serviços requer que o conteúdo dos serviços seja explícito e que haja o reconhecimento de situações onde sua aplicação seja adequada. Assim, a integralidade passa a considerar, na ótica estrutural, a variedade de serviços disponíveis e, na ótica processual, o reconhecimento das necessidades populacionais para a oferta de serviços (THOMAS et al., 2006);
- c. Longitudinalidade ou atendimento continuado: Denota a extensão da relação com um profissional ou unidade de saúde no decorrer do tempo que (GRIGSBY, 2002). Isso não é baseado na presença de tipos específicos de diagnósticos ou problemas de saúde. As classificações mais altas são atribuídas onde a relação é baseada no cadastramento ou registro dos pacientes (CHARLES – JONES et al., 2003).
- d. Coordenação: De acordo com Grumbach e Bodenheimer (2004) a coordenação é o atributo de maior desafio para os profissionais da atenção primária devido à multiplicidade de tipos de motivos para encaminhamento e das dificuldades técnicas na transferência e reconhecimento de informações geradas em diferentes lugares. A coordenação envolve a integração de todos os serviços relacionados à saúde, onde quer que tenham sido recebidos, abarcando pessoas e sistemas de informação (PAULKNER et al., 2003).

- b) Derivados
- a. Enfoque na família: Resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, considerando o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002);
 - b. Orientação comunitária: De acordo com Shields et al. (2007) resulta de um alto grau de integralidade da atenção geral. Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social, e, o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social. Envolve informações à população acerca de problemas de saúde e estratégias de tratamento.
 - c. Competência cultural: Envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais.

Figura 21 – Atributos essenciais e derivados da APS



Fonte: Elaboração própria a partir de Starfield (2002).

De acordo com Starfield et al. (2005) os esforços para a mais eficiente prestação de contas das organizações de serviços de saúde têm a tendência a aumentar ao longo do tempo. Dado que o objetivo final, dos sistemas de serviços de saúde é otimizar a saúde, tanto no presente, através, de cuidados curativos e, de futuro, na reabilitação, através de cuidados preventivos, os serviços que não contribuem para este fim serão cada vez mais difíceis de se administrar. Decorrente das evidências crescentes de que a APS contribui de forma decisiva para melhorar os resultados de saúde da população, o *PCATool* foi desenvolvido como forma

de avaliação de estrutura e processos prestados dos serviços na área da saúde (WONG et al., 2010).

Brasil (2010) enfatiza que devido a ausência de ferramentas para medir as interações do processo de atenção como as relações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde, 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.

Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução, tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade, conforme relatado em dois trabalhos de Harzheim et al. (2006) e Harzheim et al. (2006). Foram suprimidas 34 perguntas, na adaptação do questionário, devido a características culturais da população e do serviço de saúde brasileiro. (BRASIL, 2010).

Assim, a versão brasileira do *PCATool* para profissionais é composta por 77 itens divididos em seis atributos (BRASIL, 2010):

- 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).

A versão do *PCATool* profissionais foi criada em espelho da versão *PCATool* Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão *PCATool* Criança, conforme orientação de BRASIL (2010).

Da mesma forma, essa etapa contou com o vínculo e parceria do NEPESC e NEPS do PET – Saúde, da SGTES, de acordo com o Anexo I e II, disponibilizando cinco bolsistas – tutores que coletaram cento e oitenta e sete questionários. Os questionários foram aplicados aos gestores das UBS de Caxias do Sul onde, procurou – se seguir a orientação de Hair et al. (2006) em que o principal objetivo da abordagem da pesquisa é de fornecer estimativas específicas a partir de uma amostra representativa de respondentes, possibilitando fazer previsões acuradas sobre a relação entre as variáveis, entender a diferença entre tais relações e verificar a validade das relações existentes.

Ressalta – se que esse processo contou com a realização de duas oficinas de treinamento prévio para a orientação específica da coleta dos dados do questionário. Esses dados foram coletados no período de oito meses, de dezembro de 2011 a agosto de 2012.

3.3.3 Análise de Conteúdo

Na pesquisa de caráter qualitativo, normalmente os dados coletados são submetidos à análise estatística descritiva de modo que todos os dados coletados são descritos, analisados e resumidos a fim de interpretar as informações levantadas (GIL, 2007).

Na interpretação de Vieira e Zouian (2006) a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo aparente nas comunicações, tem por objetivo a explicação destas mesmas comunicações. Sendo assim, ao encerrar a coleta de dados, na pesquisa qualitativa, o pesquisador se depara com uma quantidade imensa de dados, por não apresentar uma categorização prévia de alternativas para as respostas, tendo em vista o objetivo de entender e capturar as perspectivas dos respondentes. Os dados se materializam em forma de texto, os quais precisam ser organizados e interpretados, tendo como propósito contar a frequência de um fenômeno e procurar identificar a relação entre eles (ROESCH, 2005).

Bardin (2006) apresenta que a análise de conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que

permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A técnica de Análise de Conteúdo conforme (CAREGNATO; MUTTI, 2006), se compõe de três grandes etapas: i) pré – análise, que consiste em uma sistematização; ii) a exploração do material; iii) o tratamento dos resultados e interpretação.

A primeira etapa consiste na fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, objetivos e elaboração de indicadores e hipóteses que fundamentem a interpretação. A segunda etapa codifica os dados a partir das unidades de registro. A terceira etapa faz a categorização, classifica os elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

Para análise dos dados coletados foi utilizada como ferramenta a análise de conteúdo, como regras de base, as instruções de Bardin (2009) sem a prévia fixação das categorias de análise. Da mesma forma, seguiu – se, em um plano global, o roteiro de Gibbs (2009) para preparação dados, escrita, codificação e categorização, análise das narrativas e análise comparativa para as 45 UBS estudadas. Para ordenar os dados analisados foi utilizada a estatística descritiva.

De acordo com Bauer e Gaskell (2003) a preparação e o planejamento são essenciais para a execução das entrevistas. Sendo assim, embora não tivéssemos fixado as categorias para análise de conteúdo *a priori*, tínhamos uma menção frente aos objetivos específicos do trabalho que queríamos atingir, ou seja, de identificação dos tipos de inovação, dos atores da estrutura da APS de Caxias do Sul e parte da identificação e descrição dos processos de inovação desenvolvidos pela APS de Caxias do Sul (RS). Nesse sentido, retomando para o instrumento de pesquisa referente às entrevistas, os questionamentos procuravam elencar a existência da inovação e de que forma, essa inovação, se desenvolvia para o entrevistado.

Retomando o plano proposto por Gibbs (2009), a primeira etapa consistiu na preparação dos dados coletados. Conforme o próprio autor relata, as transcrições demandam tempo e esforço e consistem em um processo interpretativo que introduzem as questões de precisão e fidelidade. Recorreu – se a quatro bolsistas do PET – Saúde para transcrição de 45 entrevistas. Ressalta – se que, previamente, foi realizada uma oficina de treinamento para que os aspectos relacionados à transcrição como os alinhamentos, proposição e padronização dos documentos, para que fossem seguidos.

Gibbs (2009) indica que a média comum é que uma transcrição leve entre quatro a seis vezes o tempo envolvido no discurso. Foram transcritas aproximadamente sessenta e duas horas de gravação, em 312 páginas de texto, com espaçamento de 1,5, na fonte *Times New Roman*, tamanho 12, do *Microsoft Office Word 2007*, realizadas no período de setenta e três dias.

As entrevistas foram realizadas, preservando as condições de áudio, sempre que possível, em ambiente fechado, com a presença, apenas do entrevistador e entrevistado. Ponderamos as orientações de Gibbs (2009), transcrevendo todos os aspectos contextuais, levando em consideração todos os tipos de características que não costumam ser captadas pela prosa escrita, como por exemplo, os cacoetes verbais, pausas e repetições a fim de que na etapa de análise das transcrições, pudéssemos extrair ao máximo do que os respondentes, realmente, estavam expressando. A apresentação de parenteses com reticência (...) indicam a supressão de trechos sem interesse para a pesquisa, ou que de alguma forma, pudessem identificar o entrevistador. Em textos apresentados entre parênteses, aplicamos ideias subentendidas na análise que necessitavam de maior explicitação.

Em relação à orientação de Bardin (2006), quanto a pré – análise, realizou – se a leitura flutuante de todas as entrevistas, passando – se a análise dos documentos por meio das principais regras, ou seja, da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e de pertinência. De certa maneira, a etapa de formulação de hipóteses e objetivos, foi previamente realizada na construção do instrumento para coleta de dados e, portanto seguiu – se na preparação do material, organizada em partes, por meio de edição de textos e padronização. A primeira parte desta etapa de preparação do material foi o alinhamento das entrevistas em sete colunas mantendo a ordem de questões do instrumento de pesquisa (Apêndice II) e a separação por UBS pesquisada, conforme exemplo da Figura 22.

Convém ressaltar, que a organização e seleção de UBS foram arranjadas de forma aleatória, tendo sua identificação para esse trabalho como UBS1, UBS2..., UBS45, a fim de preservar a identidade dos entrevistados da pesquisa e a confidencialidade das informações específicas de cada UBS, como informado a eles no momento da coleta de dados.

Findada a preparação do material, iniciamos o processo de categorização. De acordo com Gibbs (2009):

A codificação (...) consiste em identificar uma ou mais passagens do texto que exemplifiquem alguma ideia temática e ligá – las a um código, que é uma referência taquigráfica à ideia temática (GIBBS, 2009, p. 77).

Figura 22 – Exemplo da análise dos diálogos

UBS31						
Identificação	Motivadores	Como	Quando	Onde	Extensão	Novidade
A gente introduziu os grupos de tabagismo que não tinha, teve através dos acadêmicos grupos de incontinência urinária que são os acadêmicos de fisioterapia que coordenam esses grupos. Por causa da comissão de feridas foi introduzidos produtos novos de curativos, as coberturas pra curativos, as gazes e os chumaços que agora eles já vão prontos pra abs, já esterilizados, e isso facilita no atendimento a população, as coberturas, telas para os curativos e os materiais utilizados pra confecção dos curativos e das feridas.	Pras primeiras é levar informação de saúde pra maior gama de pessoas em um espaço reduzido de tempo, pra utilizar o processo de educação em saúde pra melhorar essa informação e reduzir o potencial de doença. Em relação aos estágios, a gente entende que o acesso dos acadêmicos qualifica tanto o trabalho da unidade quanto o aprendizado dos alunos e em relação aos estagiários de nível médio, que são estagiários administrativos que desempenham atividades básicas dentro da unidade, são importantes para o funcionamento e andamento do serviço e claro, né as necessidades de acesso a esses serviços pela população.	Através da análise situacional e da discussão das ações necessárias pela equipe então melhorar o atendimento a qualidade do serviço e também provocar uma satisfação dos usuários perante o atendimento oferecido pelos profissionais afim também de se alcançar uma melhora na qualidade de vida e na autonomia dessas pessoas né, em relação aos grupos.	Em relação aos eventos educativos foi em 2010, a abertura de estagio curricular pra acadêmicos também em 2010 e as demais foi em 2009.	Em vários setores, mexeu na recepção da abs, quando se fala, no atendimento direto a população, isso repercute lá no consultório médico, mexe com todos os setores da abs e em toda a comunidade também.	São ações novas outros melhorados, grupo de tabagismo e novo pois não tinha aqui, os produtos de curativos também, e restante é melhorado.	Novas para a abs e para a população. Eu diria que o grupo de tabagismo é novo para a abs e não para a população. Os grupos de incontinência urinária são novos para ambos e os produtos de gaze e curativo também para ambos.

Fonte: Elaboração própria.

Portanto, a segunda parte da preparação do material foi à identificação, neste mesmo quadro comparativo, dos diálogos na análise textual, que faziam referências ao tema para as seis categorias do instrumento da pesquisa, conforme demonstrado no exemplo do Figura 22. No exercício de reduzir uma grande quantidade de material em unidades significativas de análise, valeu – se da orientação de Bardin (2006), com disposição do material em modelo estrutural de codificação. Para esta identificação optou – se pelo esquema de legendas de cores, a saber:

- Tema: **Identificação da Inovação**, na cor amarela;
- Categoria 1: **Motivadores**, na cor vermelha;
- Categoria 2: **Como**, na cor verde claro;

- d) Categoria 3: Quando, na cor azul;
- e) Categoria 4: Onde, na cor cinza;
- f) Categoria 5: Extensão, na cor verde escuro, e;
- g) Categoria 6: Novidade, na cor rosa.

Conforme apresentado, anteriormente, parte dessa estrutura foi definida por ocasião da elaboração do instrumento da entrevista. A camada código surgiu a partir do olhar em torno dos objetivos específicos do projeto. Também, um facilitador para a definição da camada código, surgiu a partir das ações, atividades e serviços de responsabilidade da APS descritos no documento oficial do MS, a Relação Nacional de Serviços de Saúde (RENASES) (BRASIL, 2012), conforme Anexo V, bem como os objetivos a serem alcançados com determinada ação de saúde. Por se tratar de trabalho exploratório a análise das categorias e código foi o foco dessa etapa.

No método de análise proposto, nem toda a mensagem foi considerada, apenas os trechos que se referiam a uma das categorias de análise. Os trechos que constituíam as unidades de registro foram assinalados por meio dos códigos, que serviam de índice para a ocorrência das categorias, conforme Figura 23.

Ressalta – se que foi criado um código específico (TAS) para classificação e registro de circunstância de não ocorrência de inovações por que se pressupôs que isso facilitaria a análise dos resultados da pesquisa considerando o contexto geral da APS. Esse código apresentou muitas menções pois nem todos os serviços dispunham da ocorrência das inovações identificadas.

Figura 23 – Descrição da correspondência entre tema, categorias de análise e códigos

Tema	Fundamentação teórica	Definição Operacional	Classificação	Definição da Classificação
Identificação da Inovação	MANUAL DE OSLO (2005), AHMED (2001), DAMANPOUR; SZABAT; EVAN (1989), HESSELBEIN (2002), HIGGINS (1995), TIDD et al. (2005), SUNDBO e GALLOUJ (1998a; 1998b).	Implementação de um novo produto (bem ou serviço) ou 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.	IPROD	Introdução de um bem ou serviço novo ou significativamente melhorado no que concerne a suas características ou usos previstos.
			IPROC	Implementação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado. Incluem – se mudanças significativas em técnicas e equipamentos.
			IMARK	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.

			IORG	Implementação de um método organizacional nas práticas de gestão da empresa, na organização de seu local de trabalho ou em suas relações externas.
			TAS	Não houve ocorrência de inovação.
Categorias de Análise	Fundamentação teórica	Definição Operacional	Código	Definição do Código
Motivador (Causa)	MANUAL DE OSLO (2005), DAMANPOUR; SZABAT; EVAN (1989), TIDD et al. (2005), SUNDBO e GALLOUJ (1998a; 1998b), MENDES, (2007); BRASIL (2012)	Conjunto de fatores e elementos que geram uma necessidade, os quais agem entre si e determinam a conduta de uma mudança com vistas na melhoria do processo em análise.	GES	Gestão
			DMP	Demanda da população.
			INK	Informação e Conhecimento em saúde.
			AGA	Agilidade de atendimento.
			APO	Acesso da população.
			COR	Coordenação do serviço.
			HZA	Humanização
Estado/Condição (Como)	STARFIELD (2002), MENDES (2007), GAULD et al (2012), GIOVANELLA (2008), BRASIL (2012)	Recursos utilizados para viabilizar a mudança.	AQT	Aquisição de tecnologia.
			AES	Ampliação de estrutura física, material e pessoal.
			ANL	Análise local a partir dos servidores e população.
			CER	Certificação em relação a leis, normas e portarias federais.
Setores/Local (Onde)	STARFIELD (2002), MENDES (2007), GAULD et al (2012), GIOVANELLA (2008), BRASIL (2012)	Unidades de ocorrência das mudanças.	NAU	Na UBS.
			POU	Na população adscrita.
			SAU	Na Secretaria Municipal de Saúde.
Extensão	SCHUMPETER (1997); MANUAL DE OSLO (2005); TIDD et al. (2005); GALLOUJ e WEINSTEIN (1997).	Intensidade e a extensão da mudança causada para o alcance da inovação. A inovação radical é aquela em que as mudanças serão maiores e mais extensas se comparada com o estágio inicial. A inovação incremental ocorre quando há mudanças a partir do incremento gradativo de inovações sequenciais.	RAD	Radical
			INC	Incremental
Novidade	SCHUMPETER (1997); MANUAL DE OSLO (2005); TIDD et al. (2005); GALLOUJ e WEINSTEIN (1997).	Para se considerar uma inovação o requisito mínimo é que a mudança introduzida seja nova para a organização, mesmo que já tenha sido implementado por outras organizações, trata-se de uma inovação para essa organização.	MER	Mercado

		<p>Considera – se como inovação nova para o mercado quando a organização é a primeira a introduzir a inovação no seu mercado, sendo que se define como mercado a organização e seus concorrentes e ele pode incluir uma região geográfica ou uma linha de produto. Portanto a região geográfica para o que é novo para o mercado está sujeito à própria visão da organização sobre seu mercado de atuação, podendo incluir organizações nacionais ou internacionais.</p>	ORG	Organização
--	--	--	-----	-------------

Fonte: Elaboração própria.

O material empírico foi tratado tentando captar o significado do fenômeno para os indivíduos pesquisados, conforme ressalta Gibbs (2009), com as limitações da intervenção do codificador no sentido do texto. Essa medida foi tomada para minimizar dúvidas sobre a codificação dos temas e até mesmo sua categorização, enfatizando, portanto, a observação no contexto no qual a fala se inseria e da ênfase aplicada pelo entrevistado.

Nessa pesquisa utilizou – se a forma manual de codificação, estruturando, concomitante a um banco de dados relacional através da tabulação. Para essa atividade utilizou – se o programa de computador *Microsoft Office Excel 2007*, onde se criou à base de dados, incluindo, assim, todas as unidades significativas identificadas nas entrevistas, como registros. A regra de enumeração das unidades de registro foi a presença ou ausência, trabalhando como um indicador, conforme Bardin (2006).

A opção por efetuar essa tarefa de forma manual decorreu da variedade de elementos presentes no tema, categorias e códigos. Realizamos duas experiências de utilização com cada *software*, o NVIVO 9.0® e o ATALS TI®, mas na tentativa de tentar automatizar essa tarefa, identificamos diversos equívocos em palavras que no contexto da fala do entrevistado aplicava – se a outro sentido, como no exemplo da inovação de produto, “acolhimento de acordo com o distúrbio de saúde” e a inovação organizacional “acolhimento específico para gestantes e pediatria”, esse última já existente, porém, com significativas mudanças de aspectos estruturais de atendimento.

3.3.4 Análise Exploratória de Dados da Primeira Etapa de Pesquisa

A partir do questionário *PCATool*, foi realizado o levantamento de informações a respeito da qualidade do serviço da APS em Caxias do Sul (RS), contendo 77 questões, divididos em: i) Primeiro Contato (Acesso): nove questões; ii) Atendimento Continuado (Longitudinalidade): treze questões; iii) Coordenação (Integração do Cuidado e Sistemas de Informação): nove questões; iv) Integralidade (Serviços Disponíveis e Serviços Prestados): trinta e sete questões; v) Enfoque na Família: três questões, e; vi) Orientação Comunitária: seis questões.

O questionário foi respondido com base em escala *likert* de 1 a 4, que consiste em uma variável métrica, do tipo escala intervalar (FÁVERO et al., 2009): “com certeza não”, “provavelmente não”, “provavelmente sim”, “com certeza sim”. Ainda há a opção de resposta “não sei/não lembro” que, seguindo a orientação de validação do instrumento (STARFIELD et al., 2001; HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2006), é convertida como “provavelmente não”.

Os escores são construídos para cada atributo a partir da soma das médias aritméticas das respostas de cada atributo e então padronizados numa escala de 0 – 10, a partir da seguinte expressão:

$$\frac{(Soma\ do\ Escore\ obtido - Escore\ mínimo) \times 10}{(Escore\ máximo - Escore\ mínimo)}$$

A média da soma dos escores por atributo fornece um escore geral da orientação do serviço para APS. Este escore foi classificado como alto escore 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 3 e padronizado de 6,6. Foram analisados os escores parciais por atributo e total na orientação do serviço para APS, para cada UBS e para o conjunto de 45 UBS. Convém ressaltar, que para a análise, a pergunta (A9) do instrumento de pesquisa (APÊNDICE II) foi formulada, internacionalmente, de maneira que quanto maior o valor, ou seja, a resposta atribuída, menor seria a orientação para APS. Logo, conforme orientação de Brasil (2010), para análise no contexto brasileiro, este item deve ter seu valor invertido para: (valor 4=1; valor 3=2; valor 2=3 e valor 1=4).

Consolidando o material elencado da etapa das entrevistas, reduziu – se a análise textual para unidades de registro, para identificação e mensuração das variáveis, realizando –

se nessa fase quantitativa, análises estatísticas descritivas e inferenciais. Assim, foi realizada análise multivariada de dados, que conforme Fávero et al. (2009) é utilizada para estudar propostas em que todas as variáveis sejam aleatórias e inter – relacionadas. Além disso, optou – se nessa etapa pela análise de dados a partir de técnicas de dependência, ou seja, na determinação de modelos nos quais uma ou mais variáveis são dependentes do comportamento de outras variáveis.

A técnica de dependência utilizada foi a de análise de regressão linear múltipla, objetivando criar o modelo da previsão do comportamento da variável dependente (tipologia da inovação) diante das mudanças nas variáveis explicativas (atributos do *PCATool*) na análise conjunta das UBS.

O método utilizado de avaliação para a regressão linear múltipla foi o dos mínimos quadrados que consiste no aperfeiçoamento no encontro do melhor ajuste, para um conjunto de dados, tentando minimizar a soma dos quadrados das diferenças, nesse caso denominadas resíduos, entre o valor estimado e os dados observados (PESTANA e GAGEIRO, 2005).

A tabulação e o processamento dos dados de estatística inferencial foram realizados a partir do suporte informático do pacote estatístico SPSS Versão 19. S. Quanto à consideração aos pressupostos de análise da regressão múltipla serão mencionados e tratados, juntamente, na análise dos resultados a fim de vincular sua compreensão.

De forma mais abrangente, o coeficiente de correlação de Pearson (R) é uma medida de correlação linear entre duas variáveis aleatórias que examina a força de associação. O coeficiente assume apenas valores entre -1 e 1 . Indica a proximidade dos pontos à reta de regressão, o quanto mais próximo estiver de 1 , mais próximos os pontos se encontram dessa reta, quanto mais próximo de zero, mais pobre é o ajustamento da reta de regressão de pontos (HAIR Jr. et al., 2006). O coeficiente de determinação (R^2) da regressão indica o quanto as variáveis independentes explicam a variação da variável dependente, ou seja, uma medida que procura refletir o quanto os valores dependentes estão relacionados com os independentes, podendo variar de 0 a 1 de modo que quanto mais próximo de 1 melhor o ajuste (HAIR Jr. et al., 2006).

O coeficiente de correlação ao quadrado ajustado (R^2 Ajust.) avalia, se houve ganho ou perda pela inclusão de uma nova variável no modelo, ou seja, se o valor apresentar – se diminuído ou negativo tem pouco poder explicativo, ou até mesmo representar uma explicação inversa ao modelo proposto (HAIR Jr. et al., 2006).

Ainda, visando o entendimento da contribuição de quanto às variáveis independentes

contribuem para a variável dependente procurou – se avaliar o coeficiente angular de regressão (B) que determina a variação em unidade de uma variável dependente para cada variação da variável independente. Concomitantemente, procurou – se na estatística F, testar a significância das variáveis independentes sobre a variável dependente, de forma a comprovar o comportamento da associação e influência entre elas, ou seja, verifica se pelo menos uma das variáveis exerce, efetivamente, alguma influência sobre a variável dependente (PESTANA e GAGEIRO, 2005).

3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA

A segunda etapa utilizou os dados provenientes da primeira fase, para a elaboração de um questionário estruturado, conforme Apêndice III, visando compor um agrupamento específico de variáveis, apresentada na Figura 19, a fim de que , se pudesse dispor e testar a proposição apresentada na problemática da pesquisa da Tese de Doutorado.

Da mesma forma, para que se pudesse entender a proposta do objetivo geral, essa segunda etapa de pesquisa, procurou desvelar as relações entre os agentes envolvidos com o processo da inovação e mensurar as implicações das preferências e capacidades dos agentes sobre o processo de inovação, e, conseqüentemente, nas características finais do serviço.

Novamente, essa etapa necessitou da coleta de dados primários e secundários. Os dados primários são resultado da coleta de informações no questionário estruturado. Os dados secundários referem – se à análise bibliométrica, acesso a bancos de dados oficiais e outras informações de periódicos, artigos, teses e estudos sobre o tema.

Também, optou – se pela aplicação do questionário ao gerente da UBS a fim de consolidar e estruturar os resultados, com aqueles da primeira etapa da pesquisa, valendo – se, portanto, dos resultados para a população de UBS que representam a APS de Caxias do Sul (RS). Tendo em vista que os gerentes poderiam não ter o pleno conhecimento dos conceitos referente ao assunto pesquisado, foram elaborados cartões contendo as definições sobre o tema de análise, os quais foram utilizados em toda essa etapa, minimizando dispersões e suposições, ratificadas no instrumento de pesquisa, conforme Apêndice III.

Essa etapa de coleta de dados foi realizada no período de dois meses, de junho a agosto de 2013, pela autora dessa pesquisa. Foi realizado um pré – teste do instrumento, com oito gestores, resultando em dificuldades de interpretação na forma de consideração do tipo de serviço a ser avaliado por estes. Dessa forma, o questionário foi readaptado, individualizando, cada serviço

elencado da primeira etapa da pesquisa, propiciando, assim, uma interpretação e avaliação mais fidedigna.

Ressalta – se que esse instrumento foi validado pelo Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul, através da Prof^a Dra. Suzete Marchetto Claus¹⁹, especialista na área de saúde coletiva, e, também, por especialista na área de inovação e competitividade, Prof. Dr. Eric Charles Henri Dorion²⁰.

3.4.1 Questionário Estruturado da Segunda Etapa da Pesquisa

O instrumento dessa etapa da pesquisa foi elaborado com base na estrutura da Figura 24, em um questionário estruturado (APÊNDICE III) contendo quatro agrupamentos centrais, a fim de trabalhar nas relações existentes entre variáveis respostas e explicativas.

Essa etapa teve como finalidade atingir dois objetivos específicos: i) verificar como ocorre o processo de introdução de um novo serviço na APS de Caxias do Sul (RS) a partir das preferências e capacidades mobilizadas para a ocorrência das inovações considerando a inovação de produto (bem ou serviço), inovação de processo, inovação de *marketing* e inovação organizacional, considerando, portanto, as relações entre os diferentes agentes envolvidos com o processo da inovação, considerando o modelo de Windrum e García – Goñi (2008), e; ii) identificar as relações das preferências e capacidades dos agentes sobre o processo de inovação, e, conseqüentemente, nas características finais do serviço compreendendo a dinâmica dos multiagentes envolvidos na adoção de um novo serviço na APS.

Considerando os pressupostos teóricos já desenvolvidos nas etapas anteriores, partiu – se da prerrogativa da existência de diferentes agentes envolvidos na adoção de um novo serviço na APS, ou seja, os servidores, as políticas públicas e, os usuários.

Os servidores representam o corpo profissional envolvido na edificação tecnico – científico de todos os processos executados na APS e também aqueles relacionados à APS. Assim, para a prestação de serviço final são necessários uma adequada formação de profissionais atuantes na APS, assim como, a interação entre a estes e as instituições formadoras, muitas vezes representadas por associação com universidades (MULLER e ZENKER, 2001). Assim, de acordo com Gadelha et al. (2007), a influência da ciência e tecnologia não se restringe a equipamentos, medicamentos e

¹⁹ Informações complementares em <http://lattes.cnpq.br/0352819005778858>.

²⁰ Informações complementares em <http://lattes.cnpq.br/8616796657243433>.

procedimentos laboratoriais no setor da saúde mas na capacidade de transmitir e identificar esses conhecimentos à ação final de prestação do serviço.

Figura 24 – Variáveis da segunda etapa da pesquisa

Agrupamento	Variáveis
Inovação de Produto	Preferência dos Servidores
	Capacidades dos Servidores
	Preferências dos Usuários
	Capacidades dos Usuários
	Preferências Políticas Públicas
	Capacidades Políticas Públicas
Inovação de Processo	Preferência dos Servidores
	Capacidades dos Servidores
	Preferências dos Usuários
	Capacidades dos Usuários
	Preferências Políticas Públicas
	Capacidades Políticas Públicas
Inovação de <i>Marketing</i>	Preferência dos Servidores
	Capacidades dos Servidores
	Preferências dos Usuários
	Capacidades dos Usuários
	Preferências Políticas Públicas
	Capacidades Políticas Públicas
Inovação Organizacional	Preferência dos Servidores
	Capacidades dos Servidores
	Preferências dos Usuários
	Capacidades dos Usuários
	Preferências Políticas Públicas
	Capacidades Políticas Públicas

Fonte: Elaboração própria.

As políticas públicas, representadas pelos entes federados, atua no processo legislador e qualificador na validação e indução de novos procedimentos, difusão de normas e regras de funcionamento, decorrentes de atividade pública (CAMPBELL et al., 2007; VARGAS, 2006).

Os usuários representam a população adscrita em determinado território sanitário sob responsabilidade de cada UBS valendo – se desse serviço (GRUMBACH e BODENHEIMER, 2004; CAMPBELL et al., 2007). A capacidade de compreensão, o conhecimento e os interesses dos usuários por um novo serviço podem influenciar a trajetória da inovação, conforme identifica Vargas (2006).

3.4.2 Análise Exploratória de Dados da Segunda Etapa de Pesquisa

Com o objetivo de organizar conclusões a respeito de nosso objeto pesquisado utilizou – se a estatística inferencial. A preparação dos dados aconteceu a partir de um questionário, conforme Apêndice III, com base em uma escala *likert*, de cinco pontos (1 = Discordo totalmente; 2 = discordo parcialmente; 3 = nem discordo, nem concordo; 4 = concordo parcialmente; 5 = concordo totalmente) contendo 340 questões distribuídas em quatro agrupamentos centrais referente ao grau de concordância. Também foi utilizado o *software* SPSS 19. S e *Microsoft Office Excel* 2007 para os procedimentos de cálculo.

A fim de que pudéssemos esclarecer as diferenças da mobilização das competências e preferências utilizadas pelos multiagentes para a ocorrência das diferentes inovações, recorreu – se a técnica da *Analysis of Variance* (ANOVA) de um fator, para compreender a proposição sobre a natureza de uma situação específica. Nesse caso, considerando – se p – valor $< 0,05$ como nível aceitável de significância, definiu – se:

- a) Hipótese nula (H_0): como as médias populacionais iguais.
- b) Hipótese alternativa (H_1): como as médias populacionais diferentes, ou seja, pelo menos uma das médias é diferente das demais.

Com isso, se a hipótese nula fosse aceita, não teríamos mudança na condição. Por outro lado, se a hipótese alternativa fosse aceita, a conclusão é que houve mudanças no comportamento de uma medida, no caso de competências ou preferências dos servidores, ou dos usuários, ou do decisor político para a ocorrência das inovações.

3.5 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

O instrumento desenvolvido para primeira etapa da pesquisa, conforme apresentado no Apêndice II, permitiu agrupar os dados suficientes em relação à introdução dos tipos de inovação na estrutura da APS em relação à qualidade dos serviços mensurados através do questionário, para a intervenção correspondente a segunda etapa da pesquisa.

Sendo assim, tomando como base o referencial teórico, foi possível destacar, na Figura 25, uma aproximação da dimensão das variáveis que estabeleceram uma relação dos estudos da inovação e os estudos da qualidade de serviço da APS.

Figura 25 – Relação das variáveis da primeira etapa da pesquisa

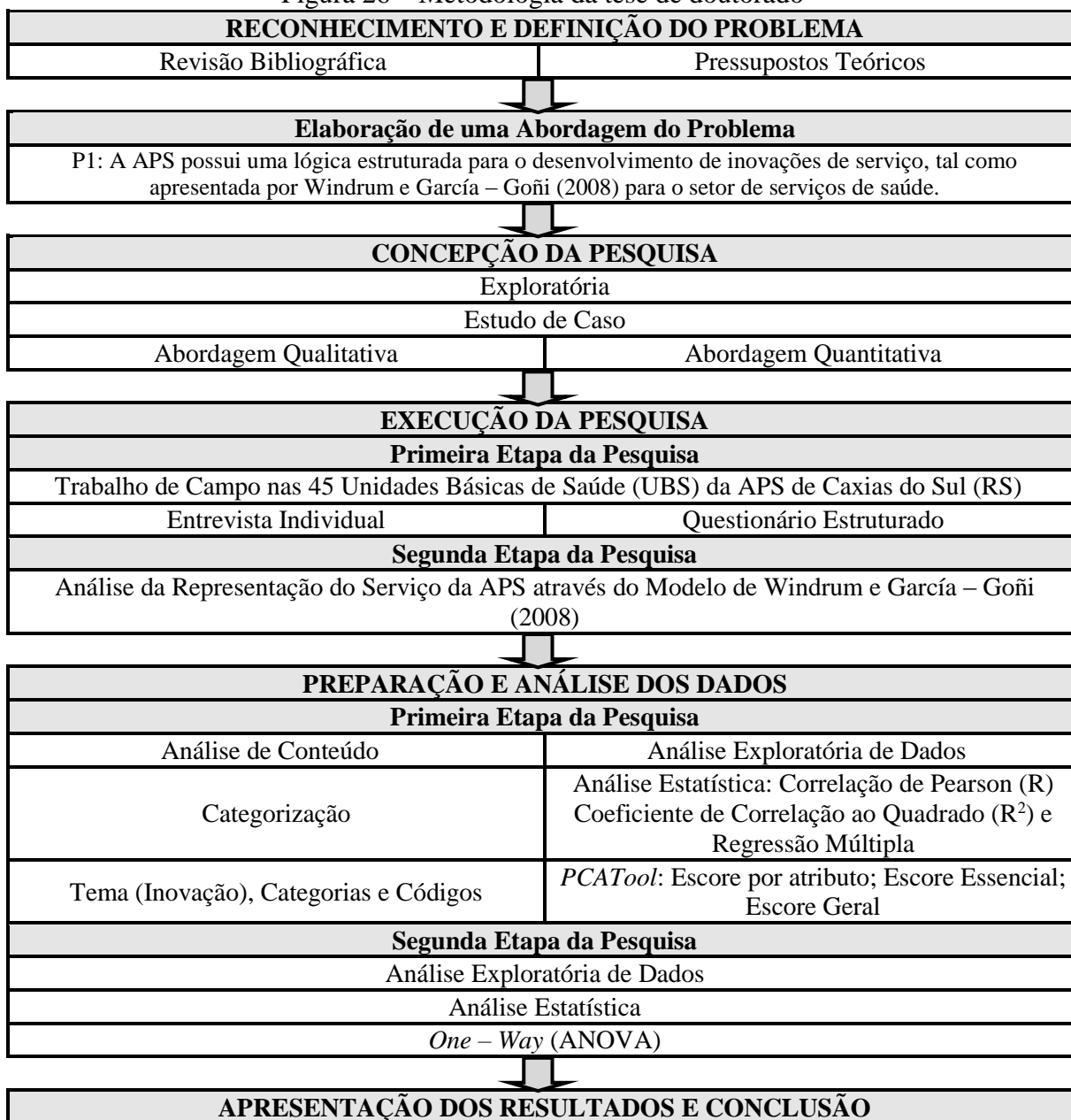
	VARIÁVEIS	CONCEITOS	FONTE
PCATool	Acesso	Acessibilidade da unidade Acesso à atenção Uso da unidade como local de primeiro contato	STARFIELD (1994), STARFIELD; SHI; JIAHONG (2001), VUORI (1992), WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005), MENDES (2007), MACINKO; ALMEIDA (2004), GOFIN; GOFIN (2005), HEALTH EVIDENCE NETWORK (2011), EXTER et al. (2004)
	Longitudinalidade	Definição da população eletiva Conhecimento do paciente e do seu meio social Extensão e força da relação com os pacientes	
	Coordenação	Mecanismos para a continuidade Reconhecimento de informações e consultas prévias e de encaminhamento	
	Integralidade	Espectro de serviços disponíveis Atividades preventivas primárias e secundárias Reconhecimento e manejo dos problemas de saúde	
	Orientação Familiar	Conhecimento dos membros da família e dos problemas de saúde da família	
	Orientação Comunitária	Conhecimento das necessidades de saúde da comunidade Participação nas atividades comunitárias	
INOVAÇÃO	Produto (Bem ou Serviço)	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	MANUAL DE OSLO (2005), AHMED (2001), DAMANPOUR; SZABAT; EVAN (1989), HESSELBEIN (2002), HIGGINS (1995), MALERBA (2001), TIDD et al. (2005), SUNDBO e GALLOUJ (1998a; 1998b)
	Processo	Implantação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado. Incluem – se mudanças significativas em técnicas e equipamentos	
	Marketing	Implantação de um método de <i>marketing</i> com mudanças significativas na concepção do produto ou em sua embalagem, no posicionamento do produto, em sua promoção ou na fixação de preços	
	Organizacional	Implantação de um método organizacional nas práticas de negócio da instituição, na organização de seu local de trabalho ou em suas relações externas	

Fonte: Elaboração própria.

A segunda etapa consistiu em identificar a relação das variáveis, representadas pela capacidade e preferência de multiagentes envolvidos no processo de produção de um serviço de saúde na APS, sobre o grupo de inovações levantadas na primeira etapa de pesquisa, especificamente, para cada UBS, que no todo, compreendem a APS de Caxias do Sul (RS).

Sendo assim, na aproximação dos resultados das duas etapas de pesquisa, foi possível discernir e delimitar como procede a dinâmica da inovação no serviço público da APS de Caxias do Sul (RS). Para a estruturação metodológica da pesquisa, e, seu processo de análise, foi elaborado a Figura 26, com base em Hair et al. (2006) e Cooper e Schindler (2003).

Figura 26 – Metodologia da tese de doutorado



Fonte: Elaboração própria.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA²¹

O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de abril de 1948 (a partir desse evento considerado o Dia Mundial da Saúde), implicava o reconhecimento do direito e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, definindo saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem – estar físico, mental e social. Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós – guerra. Saúde, portanto, deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações (PEREIRA, 1995).

De acordo com Bennett e Plum (1997), para análise dos fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, complementarmente, ao conceito da OMS é o do “campo da saúde” (*health field*), formulado em 1974 por Marc Lalonde, Ministro da *National Health and Welfare* (Saúde e Bem – Estar Nacional) do Canadá, num documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadianeses). De acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange:

- a) Biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- b) Meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- c) Estilo de vida, do qual resultam decisões individuais que afetam a saúde;
- d) Organização da assistência à saúde. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos.

A Conferência Internacional de APS realizada na cidade Alma – Ata, em 1978, promovida pela OMS tratou de regularizar o conceito de saúde. A par de suas tarefas de caráter normativo como a classificação internacional de doenças, de aspectos ambientais relacionados, elaboração de regulamentos internacionais de saúde, a OMS estruturou o processo de desenvolvimento de programas com a cooperação de países membros, no campo da saúde, como produção e não como fator de análise isolada (PEREIRA, 1995).

Essa Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou a responsabilidade governamental na

²¹ Parte da etapa desse capítulo corresponde a seção 2.2 do Capítulo 2 e seção 4.1 do Capítulo 4 do Livro denominado *Inovação na Atenção Primária à Saúde de Caxias do Sul – RS* da autora dessa Tese de Doutorado. Vide referência: NODARI, C. H. *Inovação na Atenção Primária à Saúde de Caxias do Sul – RS*. São Paulo: Blucher Acadêmico, 2011.

provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implantação dos cuidados à saúde. Tratou – se de uma estratégia que se baseava nos seguintes pontos:

- a) As ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis;
- b) As ações de saúde devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias, portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade;
- c) A comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do Sistema de Saúde;
- d) Os custos dos serviços de saúde devem ser compatíveis com a situação econômica da região e do país.

Ou seja, a saúde não é um objetivo setorial, mas de cada indivíduo e da sociedade que, por si só, envolve um sistema educativo, trabalho, um sistema de proteção social, redistribuição de riqueza, acessibilidade aos serviços e proteção. O Sistema Nacional de Saúde (SNS), por sua vez, deve estar inteiramente integrado no processo de desenvolvimento social e econômico do país, processo este do qual saúde é causa e consequência (MISOCSKI, 2002).

Na atualidade, com a compreensão do processo saúde – doença – cuidado de forma complexa e multicausal, os sistemas de serviços de saúde tem se organizado de forma diferenciada entre os países, no entanto esses sistemas têm objetivos comuns de restaurar, proteger e promover a saúde de seus cidadãos.

Com relação aos objetivos dos sistemas de serviços de saúde, Mendes (2007) afirma que, independente da forma de organização social e econômica, a maioria dos países tem objetivos comuns com relação a esses sistemas. Segundo o autor, os principais objetivos dos sistemas de serviços de saúde são:

- a) Alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa;
- b) Garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos;
- c) Acolhimento dos cidadãos;
- d) A efetividade dos serviços de saúde;
- e) A eficiência dos serviços de saúde.

Assim, para atingir esses objetivos os sistemas de serviços de saúde devem atuar na articulação de atores sociais envolvidos no processo com o intuito de mediar os interesses e conflitos desses atores. Os principais componentes de um Sistema de Saúde são a população e as instituições prestadoras de serviços, embora, existam outros atores importantes como

universidades, conselhos profissionais, indústria farmacêutica, dentre outros (MENDES, 2003).

O que vai delinear e caracterizar os sistemas de serviços de saúde é o papel que o Estado desempenha e quais as suas intervenções e como articula os interesses dos diversos componentes (JUNIOR e MESSIAS, 2005). Assim, a depender dos papéis destinados ao Estado e a iniciativa privada, é que vão se conformar os três tipos principais de sistemas de serviços de saúde, conforme Figura 27. Nos sistemas nacionais de saúde a oferta, o financiamento, a operação e a regulação dos serviços são, em geral, prerrogativas da associação entre as iniciativas pública e privada. E as características e organização destas ações variam, interna e externamente, nos diferentes países, de acordo com o contexto histórico (BRASIL, 2002).

Figura 27 – Sistemas de serviços de saúde

	Sistema de Dominância Estatal Modelo Beveridge	Sistema de Seguros Sociais Obrigatórios Modelo de Bismarck	Sistema de Dominância de Mercado
Características Principais	Baseado no financiamento fiscal, universalidade de acesso e gratuidade da atenção à saúde em todos os níveis de complexidade	Fundado no seguro social, na estrutura corporativa e no acesso condicionado pela situação de emprego	Organizado a partir da capacidade de compra de seguro – saúde pelos indivíduos e empresas, acesso dependente da capacidade de consumo do cidadão (consumidor)
Gestão Orçamentária	Governamental	Não – Governamental	Não – Governamental
Trabalho Médico	Assalariados ou Remuneração por capitação	Contratados pelos fundos de seguro social e médicos liberais pagos por honorários	Contratados pelas seguradoras privadas de saúde
Modelo de Propriedade	Estatal	Não – Estatal	Não – Estatal
Financiamento	Predominantemente por impostos	Predominantemente por cotas de empregados e empregadores para seguro social	Predominantemente por cotas de empregados e empregadores para seguro social

Fonte: Elaboração própria.

O sistema de serviços de saúde de dominância estatal surgiu na década de 50 no Reino Unido e é hoje adotado por vários países da união europeia como Itália, Espanha e Suécia, e também no Brasil, onde preconizava um padrão organizacional de sistema nacional de saúde com forte presença do Estado na gestão e provisão orçamentária.

A tendência contemporânea de fortalecimento da esfera do mercado, classes sociais, a diversificação da demanda em saúde, além do impacto do próprio processo de reforma no

setor, induziram uma reorientação das funções e responsabilidades do Estado, do setor privado e dos usuários. O Estado passou a ter novas atribuições, como as de regulação, controle e avaliação e ampliou – se a participação do mercado e da família na produção, no gasto e no financiamento do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

O sistema de saúde brasileiro segue uma orientação cujo exemplo pode ser encontrado no modelo de organização do sistema de saúde britânico, marcado pela noção de direto à assistência à saúde, pela cobertura universal, pelo financiamento através de tributos, prestação mista dos serviços e o controle e regulação do sistema pelo Estado.

De acordo com o CONASS (2011), duas razões sugerem a necessidade da atuação do estado no setor saúde, a eficiência e a equidade; ressaltando que o estado também pode ser ineficiente e aumentar as iniquidades. Porém, espera – se que o estado atue em nome dos cidadãos, distribuindo bens e serviços de forma a garantir a oferta de acordo com as necessidades da população, e não de acordo com o interesse do indivíduo, a pressão de determinados grupos ou ainda conduzidos exclusivamente pela demanda. Quanto mais forte for a atuação do estado, por meio da introdução de mecanismos de regulação, melhores devem ser os resultados em termos de qualidade, equidade e acesso.

4.1 CONTEXTO DE SAÚDE NO BRASIL

A regulação da área da saúde é visualizada sobre duas dimensões, da economia e do que concerne a administração pública das ações. A primeira dimensão ocupa – se, da regulação de mercado e de seguros de saúde, sob controle da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em 1999, agência reguladora que possui autonomia de orçamento e de decisão nas atividades de seleção de riscos, praticada por operadoras de serviços de saúde, preservando a competitividade do mercado e do complexo industrial e tecnológico em saúde. A segunda dimensão, trata do recorte teórico desta Tese, onde aborda o setor público, do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na regulação assistencial.

De acordo com (NEGRI e GIOVANNI, 2001), a expressão reforma do setor saúde é utilizada para designar as iniciativas de inovação no modelo organizacional da atenção à saúde das economias centrais européias desde os anos 70. O autor ressalta a importância histórica das reformas nos sistemas de saúde pontuando que elas proporcionaram as inovações de incentivos à criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos provedores de atenção à saúde além da difusão supranacional das inovações gerais ou

pontuais, criadas em contextos institucionais específicos.

No contexto brasileiro, quase no final dos anos 70, iniciou – se um movimento em prol da modificação do sistema de saúde vigente, denominado Movimento de Reforma Sanitária, que acompanhou a luta pela democratização do país e intensificou – se nos anos 80. Tal sistema foi idealizado de forma que houvesse um predomínio do Estado na execução das macrofunções de financiamento, regulação e também na prestação dos serviços de saúde, seguindo a proposta do sistema de serviços de saúde de dominância estatal (NEGRI e GIOVANNI, 2001).

Os principais problemas detectados nesse sistema de saúde Pré-Reforma desenvolveram a base do direcionamento da formulação das políticas de saúde e consistiam na profunda crise das condições elencadas abaixo:

- a) Desigualdade no acesso aos serviços de saúde: No início da década de 20, algumas empresas passaram a oferecer a seus empregados, assistência médica, além de aposentadoria e pensões, com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's). Em meados do século XX, as CAP's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que atendiam a uma determinada categoria profissional, já com alguma participação do Estado nesta gestão. Por volta de 1966 os IAP's foram unificados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com ainda maior participação do Estado até meados de 1977 com a criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Dessa forma a população que precisasse de assistência médica, deveria pagar diretamente por ela, ou ser atendido por instituições filantrópicas, ou, ainda, ser um trabalhador vinculado formalmente ao mercado de trabalho. Quanto às ações de saúde pública ou preventiva (vacinação, controle de endemias, saneamento, etc.) funcionavam no acesso universal, que resultava em um modelo de atenção à saúde inadequada e sem integralidade, já que havia uma nítida separação entre a prevenção e a cura;
- b) Custos: A assistência médica curativa no Brasil, desde o século XIX até a reforma sanitária foi caracterizada, em maior e menor grau, por uma compra de serviços privados, ora pelo pagamento direto do usuário ao médico, ora pelo pagamento indireto (pelas empresas) através de serviços próprios, conveniados ou comprados no mercado. Essa característica foi responsável pelo crescimento desordenado dos gastos associado a diversificação excessiva das formas de remuneração dos

serviços e a multiplicidade e descoordenação das instituições;

- c) Financiamento: Junto aos custos havia também o problema das fontes de financiamento para o funcionamento do Sistema. Como o direito à assistência à saúde estava condicionado à contribuição do trabalhador e sem uma consolidação clara do papel do Estado, a falta de políticas que privilegiasse ações médicas preventivas, os recursos eram escassos. A medida principal proposta pela reforma sanitária foi à criação de um Fundo Único de Saúde, público, capaz de financiar as ações tanto preventivas quanto curativas;
- d) Gestão: Altamente centralizada com o objetivo de controlar e disciplinar a força de trabalho, através da empresa ou da associação Estado – empresa.

De acordo com Bordin (2002), a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, em 1986, e as propostas dela emanadas são o divisor de águas na história das políticas nacionais de saúde. Segundo Pinheiro (1995), a VIII Conferência foi um marco fundamental da transição, em que se consagrou o projeto da reforma sanitária do Brasil, representando um avanço técnico, na introdução de inovações de gestão pública e um marco político legitimado pelo conjunto da sociedade.

O SUS é definido pelo artigo 198 da Constituição Federal do seguinte modo: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- a) Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- b) Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- c) Participação da comunidade.

“Parágrafo único – o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento.

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde. Dessa forma o SUS conta em cada esfera de governo com as instancias colegiadas da Conferencia de Saúde e com os Conselhos de Saúde que deverá ser composto no mínimo por 50% de representação da comunidade.

Referente à transferência de recursos da Lei 8.142, desenvolveu – se o repasse de forma automática e regular para os municípios, estados e Distrito Federal, oriundos do Fundo Nacional de Saúde se esses contemplassem com um fundo de saúde, conselhos de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento, comissão de elaboração de planos de carreira, cargos e salários.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- a) **Universalidade da saúde:** Significa que o Sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;
- b) **Eqüidade:** Igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário;
- c) **Integralidade:** Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.

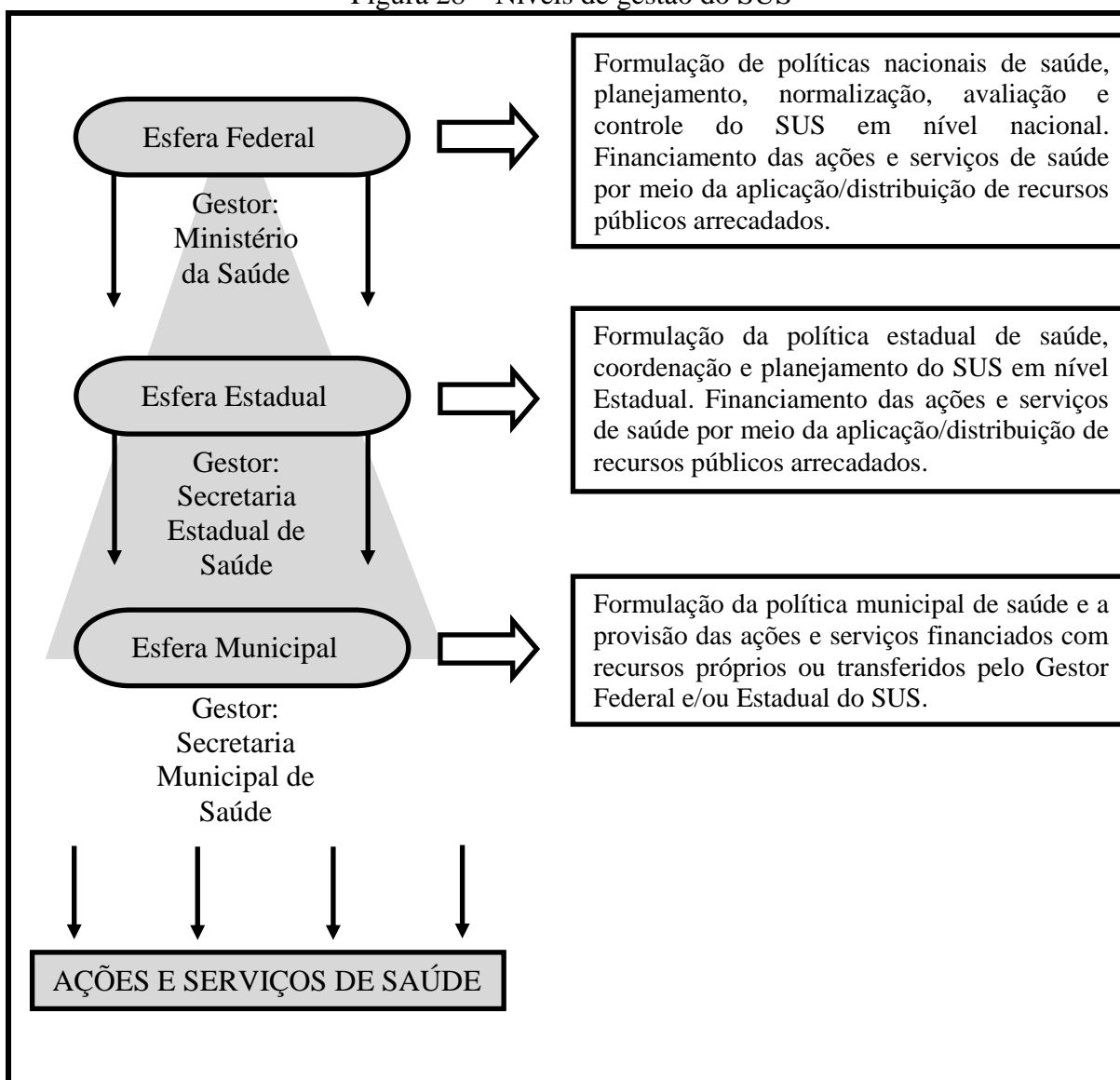
Destes derivaram alguns princípios organizativos:

- a) **Hierarquização:** Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra – referência;
- b) **Participação popular:** Ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;
- c) **Descentralização da política administrativa:** Consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

A Figura 28 mostra os níveis de gestão do SUS nas três esferas de Governo e destaca as competências políticas e financeiras de cada gestor (BRASIL, 2003).

As formulações das políticas em saúde estão ligadas diretamente a esses níveis, os financiamentos são repassados através de recursos públicos federais, estaduais e municipais.

Figura 28 – Níveis de gestão do SUS



Fonte: Gestão de Serviços do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois para que isto ocorra, é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível Federal, Estadual e Municipal para viabilizar o sistema.

De acordo com o CONASS (2011) nos últimos anos, com o processo de

descentralização das ações e serviços de saúde instituído pelo SUS, muitas ações e serviços que estavam sob gestão do estado foram transferidos para os municípios. Esse processo provocou a necessidade da reflexão do novo papel das Secretarias de Saúde, que assumem as funções de coordenadoras e articuladoras do sistema de saúde e de reguladoras, especialmente, na organização das ações e serviços, de forma integrada, com base nos princípios adequados da escala e da qualidade.

A Política Nacional de Regulação em Saúde (PNR), no Brasil, da Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, foi criada a partir das necessidades de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho; de fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde; e de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2008). Ainda, as ações da PNR estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: i) regulação de sistemas de saúde; ii) regulação de atenção à saúde e; iii) regulação do acesso à assistência; envolvendo os três entes federados.

De acordo com o CONASS (2011) a regulação é uma importante macrofunção dos governos, normalmente introduzida pelo gestor local, regional, estadual e nacional ou por uma agência reguladora. Para os gestores que querem prover as ações e serviços de forma mais eficiente e efetiva e disponibilizar serviços com custos adequados, os instrumentos e ferramentas da regulação sem dúvida podem contribuir para melhoria dos resultados no setor. É uma função orientada por leis, decretos e protocolos que podem ser questionados judicialmente. Essas ferramentas são usadas em uma variedade de estratégias governamentais para induzir ou conter determinada ação. Além desses instrumentos e estratégias, são necessários à implementação de mecanismos que requerem capacidade de gerenciamento e equipe capacitada.

A plena implementação do SUS, 24 anos após a sua conquista pela população, continua a ser um desafio para todos os gestores. A questão principal é a definição de que mudanças institucionais e ações de saúde devem ser produzidas, para que se implemente e viabilize inovações importantes (TEIXEIRA, 2002).

Na década de 90, o processo de descentralização, foi impulsionado e regulamentado através das Normas Operacionais Básicas (NOB), que são orientações específicas e pactuadas, emanadas pelo MS e aceitas pelas representações nacionais dos Secretários Municipais e

Estaduais da saúde, que visam à repartição orçamentária entre níveis de governo, à atribuição da titularidade para gestão e à organização do modelo assistencial²² (BRASIL, 2001).

A primeira norma vigorou em 1991, estabelecendo regras de transferência de recursos da União, a habilitação para provisão direta de serviços de saúde e as competências entre os três níveis de governo da federação brasileira (União, Estados e Municípios).

Conforme Negri e Giovanni (2001), com a edição da NOB – SUS 01/96, ocorreu a introdução de uma inovação relevante, no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização. Uma lista de estímulos financeiros à adoção de Programas de Atenção Básica Municipal e incentivos aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, buscando mudar o enfoque clínico da atenção à saúde, centrado na doença e no indivíduo, para um enfoque centrado no ambiente social e familiar, recolocando a estratégia da promoção à saúde. Além de que, a NOB – SUS 01/96 ofereceu o Piso Ambulatorial Básico (PAB) como oferta mínima homogênea ou cesta básica para todo país, conforme pode ser visto na Figura 29.

De acordo com Viana (2006) as Normas Operacionais não expressam meramente estratégias indutivas da descentralização; ao contrário, configuram espaços de negociação e de pactuação de interesses na área da saúde, originando novos ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de vários atores, por meio da incorporação de numerosos centros de poder na arena decisória da gestão.

O Programa da Saúde da Família (PSF), foi criado em 1994 pelo MS, teve como principal propósito, segundo o discurso oficial, a reorganização à prática de atenção à saúde em novas bases, levando a saúde para mais perto da família e melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2008).

Atualmente existem cerca de 18 mil equipes, cobrindo mais de 90 milhões de pessoas, em mais de 4.400 municípios brasileiros. Dados do MS também alertam quanto à dificuldade de implantação do PSF em maior escala nos grandes centros urbanos.

Segundo os artigos 195 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Porém, em 1993, a Saúde Pública perdeu a sua principal fonte de recursos, pois o que era arrecadado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social passou a cobrir as despesas previdenciárias. Assim sendo, o setor teve que passar a disputar outras fontes de receitas com distintas áreas.

²² Modelo Assistencial é definido como combinação tecnológica estruturada em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõe o perfil epidemiológico de uma população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 2003).

Figura 29 – Modelos de gestão da NOB

GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA (PAB)	GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.	Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.
Gerência de unidades ambulatoriais próprias.	Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
Gerência das unidades ambulatoriais do Estado e/ou da União.	Gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares do Estado e/ou da União.
Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS.	Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS.
Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB para todos os casos de referência interna ou externa ao Município.	Prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares para todos os casos de referência interna ou externa ao Município.
	Normalização e operação de centrais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.
Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.	Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares.
Operação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) SUS, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação, junto às Secretarias Estaduais de Saúde, dos bancos de dados de interesse nacional.	Operação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
Autorização de Internação Hospitalar e Procedimentos Ambulatoriais Especializados.	Autoriza, fiscaliza e controla as Autorizações de Internação Hospitalar e Procedimentos Ambulatoriais Especializados e de alto custo.
Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia.	Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia.

Fonte: Elaboração própria a partir da NOB – SUS 01/96.

A regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, teve por objetivo evitar algum dos problemas, que nos anos 90, comprometeram o financiamento do SUS, dentre os quais se destacam:

- a) A inexistência de parâmetro legal que induzisse os Estados, Distrito Federal e municípios a destinarem recursos para área de saúde;
- b) A instabilidade (associado a ciclos econômicos e/ou à concorrência com outras políticas públicas) das fontes de financiamento no âmbito da União, responsável pela maior parcela de recursos destinados ao SUS;
- c) A natureza emergencial e provisória de medidas recorrentemente adotadas para

fazer frente à falta de recursos para o setor.

A EC nº 29 definiu o mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde pelos Governos Estaduais, Municipais e pela União. Para os Estados, o mínimo foi definido em 12% das receitas próprias; para os Municípios, o mínimo ficou em 15% das receitas próprias. Já para a União, o limite mínimo foi definido como o valor investido em 1999, acrescido de 5%. Para os anos subsequentes, este valor aumentaria de acordo com a variação nominal do Produto Interno Bruto (CONASS, 2011).

Para os municípios a base de cálculo é a sua receita própria, assim calculada (CONASS, 2011), conforme Figura 30.

Figura 30 – Base de cálculo municipal de receita bruta à saúde

Total de Receitas de Impostos Municipais (ISS, IPTU, ITBI)
(+) Receitas de Transferência da União
Quota – Parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)
Quota – Parte do Imposto Territorial Rural (ITR)
Quota – Parte da Lei Complementar nº87/96
(+) Imposto de Renda Retido em Fonte (IRRF)
(+) Receitas de Transferência do Estado
Quota – Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)
Quota – Parte do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)
Quota – Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) – Exportação
(+) Outras Receitas Correntes
(Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária)
(=) Receita Própria do Município = Base de Cálculo Municipal

Fonte: Elaboração própria a partir do CONASS (2011).

Para efeito da aplicação da EC nº 29, considera – se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital financiadas pelas três esferas de governo, que atendam, simultaneamente, os seguintes critérios:

- a) Sejam destinadas as ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
- b) Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;
- c) Sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Os recursos do Governo Federal, que correspondem a cerca de 60% do total dos gastos com ações e serviços públicos de saúde no país vem sendo progressivamente repassados a

Estados e Municípios por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos Estaduais e Municipais, conforme o decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994. Avançando nos aspectos técnico – operacionais relativos aos princípios estabelecidos por essa Lei, a implantação de Normas Operacionais Básicas do SUS desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os Estados, e principalmente, para os municípios um conjunto de recursos e responsabilidades para a operacionalização do SUS.

A composição das fontes de financiamento oriunda do Governo Federal para o Fundo Nacional de Saúde inclui a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) calculada a alíquota de 7% sobre as receitas das pessoas jurídicas, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) que incide sobre os lucros das empresas com uma alíquota de 9% sobre o lucro ou de 12% do faturamento no caso de lucros presumidos, o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza que é responsável por 4,4% do total de recursos do MS e o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) responsável por 45% do montante destinado ao Fundo Nacional de Saúde.

4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde, pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor – se ao modelo americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir – se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MATTA, 2005).

Conforme Starfield (2000), as diferentes interpretações da abrangência e do escopo da atenção primária nos diversos países e continentes, sua complexidade conceitual e a evolução de sua implementação levaram à utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde. Tal polissemia é vista tanto na literatura internacional quanto na nacional.

No processo histórico brasileiro também são apresentadas diferentes interpretações para a APS. Conforme Pereira et al. (2008) a ideia da APS foi confundida com o primeiro nível de prevenção da História Natural das Doenças (HND), estabelecidos pelos autores Leavell e Clark, em 1976, sendo que a prevenção primária representaria o período Pré –

patogênese de promoção de saúde como inibição de desenvolvimento de doenças.

De acordo com Paim (1998), outra confusão de interpretação se refere à noção de que os cuidados primários de saúde, assumidos, na primeira metade da década de oitenta, eram representados como um programa de caráter de medicina simplificada para a população pobre de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação dos serviços dos sistemas de saúde, o que acabou por afastar o tema do centro das discussões à época e postergando o entendimento de uma definição comum.

Com o movimento sanitário dos anos 70, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial. Assim, a concepção da APS desenvolveu – se a partir dos princípios do SUS, principalmente de universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular (BRASIL, 2006).

Mendes (2003) afirma que a atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: a função de resolução, a função de coordenação e a função de responsabilização para que todo sistema funcione de forma eficiente. A função de resolução, intrínseca à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, consiste em solucionar a grande e maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação, relacionada ao desempenho do papel de centro de comunicação, consiste em organizar os fluxos e contra – fluxos das pessoas e objetos pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e a função de responsabilização consiste em co – responsabilizar – se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos. Além disso, só haverá APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade.

Saltman e Figueras (1997) analisam o papel da atenção primária à saúde nas reformas sanitárias européias e defendem que sua função principal está no crescente número de países que dão a ela, o controle sobre parte ou sobre a totalidade do orçamento do Sistema de Saúde. O exemplo mais conhecido é do Reino Unido onde grupos de médicos generalistas (*general practitioners*) recebem recursos para se responsabilizarem por outros serviços para seus pacientes, como cirurgias eletivas, visitas domiciliares, assistência farmacêutica ambulatorial e cuidados comunitários, num processo de cooperativa (*fundholding*).

Arranjos similares têm sido desenvolvidos em relação à atenção à saúde na Finlândia, em alguns condados (*counties*) suecos, em algumas regiões da República Russa (*Kemarova*) e em sistemas de seguro social da Alemanha (Berlim). A APS, por esses mecanismos, responsabiliza – se por 20% dos gastos em atenção hospitalar no Reino Unido e por 100%

desses gastos na Finlândia e Suécia.

Esse movimento exige que a atenção primária à saúde, além de sua tradicional função de resolução de mais de 90% dos problemas de saúde mais comuns, desempenhe a função de coordenação do Sistema de Saúde. Cabe à APS integrar os serviços que, normalmente, são ofertados, de forma fragmentada, pelos Sistemas de Saúde convencionais (MENDES, 2007).

Liu et al. (2001) relatam a experiência de 52 hospitais transformados em unidades de cuidados primários no Canadá, resultando no maior acesso aos serviços necessários, melhor qualidade do cuidado, maior foco na promoção da saúde e na prevenção das doenças, gestão precoce dos problemas de saúde, a contribuição acumulada da APS a um cuidado mais apropriado, e o desenvolvimento do papel da APS na redução da atenção secundária desnecessária ou danosa propiciada por especialistas.

Exter et al. (2004) promovem uma revisão sistemática sobre a APS. O artigo define – a como o elemento da atenção à saúde que engloba várias disciplinas, cada uma com suas especificidades em termos de conteúdos educacionais, pesquisas, evidências e atividades de cuidado.

Esse artigo faz um estudo extenso das evidências do impacto dos sistemas que apresentam forte atenção primária à saúde em relação aos que apresentam fraca atenção primária à saúde em termos de resultados sanitários, custos, equidade e satisfação dos pacientes (INSTITUTE OF MEDICINE, 1986; ATUN, 2004; JONES et al., 2004; VUORI, 1985; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; COMMISSION ON THE FUTURE OF HEALTH CARE IN CANADÁ, 2002; HJORTDAHL, 1992; REID, 2002; O'MALLEY et al., 2003; ANSARI et al., 2003; DOCTEUR & OXLEY, 2004; GREB et al., 2004; VAN DOORSLAER et al., 2004; KERSSSENS et al., 2004; BLENDON et al., 2002; SILVA & VALENTINE, 2004). A conclusão do trabalho é que há evidência de uma relação significativa entre uma APS fortemente estruturada, coordenadora de ações integrais do primeiro contato do indivíduo no sistema de saúde e melhores níveis de saúde.

A Health Evidence Network (2004) traz um estudo sobre as evidências das vantagens e desvantagens de reestruturar ao Sistema de Saúde com base na APS. Este estudo consta de uma revisão sistemática de 107 trabalhos publicados na literatura internacional. O resultado desse documento apresenta que os sistemas baseados numa forte APS estão associados com melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, a todas as causas de mortes prematuras e a causas específicas de mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares.

Além disso, os sistemas com forte desenvolvimento da APS estão associados com maior satisfação dos pacientes e com menor gasto agregado na atenção à saúde. Estudos feitos nos países desenvolvidos mostram que a orientação para especialistas está associada à iniquidade no acesso (BALLARD, 2003; COHEN et al., 2004; GAULD et al., 2012). Os sistemas de saúde nos países de baixa renda com forte atenção primária à saúde tendem a ser mais equitativos e mais acessíveis (WHITLOCK et al., 2002; EXTER et al., 2004).

No contexto brasileiro, conforme Campos e Machado (2010) o enfoque da APS, predominante na agenda do Ministério da Saúde a partir de meados dos anos 1990 se inseriu numa perspectiva de reorganização do sistema, de mudança do modelo de atenção e, vinculado no plano discursivo, à busca de consolidação dos princípios do SUS, da universalidade e integralidade.

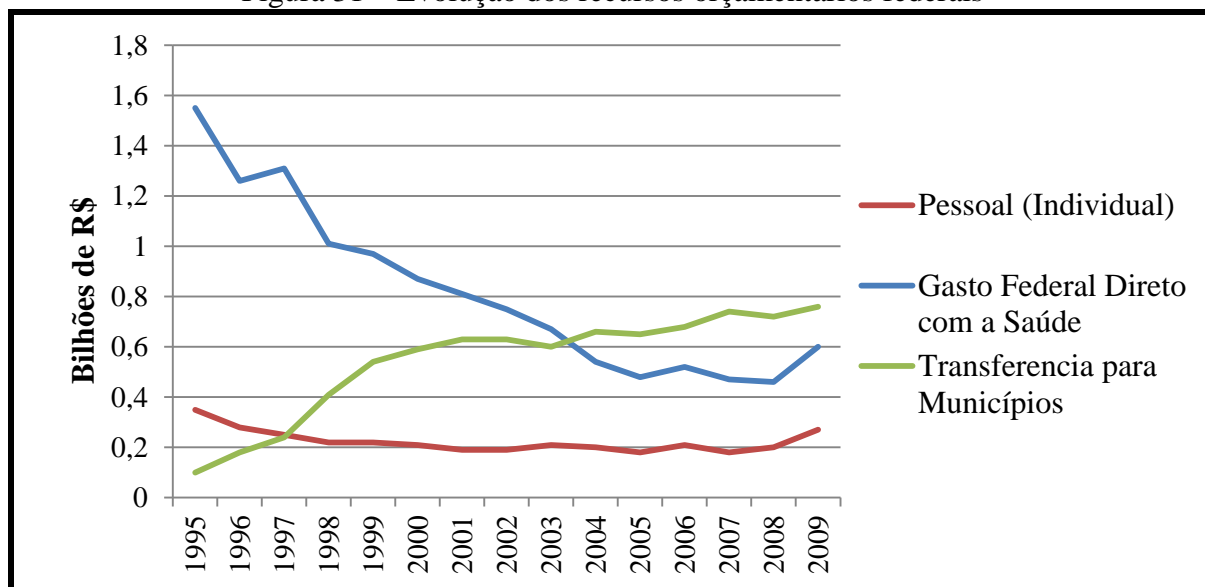
No Brasil a organização da APS está delegada a Gestão Municipal e os repasses de recursos federais são automáticos. Atualmente, a principal estratégia de revitalização da APS, no Brasil, é a Estratégia da Saúde da Família (ESF), implantado em 1994, até então, sob a denominação de PSF, que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção.

A Portaria nº 648/GM, 649/GM e 640/GM de 2006, consolidaram a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) regularizando o papel dos entes federados nesse contexto no que tange a educação, responsabilização e recursos orçamentários. Assim, como ressalta o CONASS (2011) em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, as Secretarias de Saúde passam a desempenhar novas funções essenciais de coordenação, articulação e regulação do sistema de saúde pela especificidade e pela amplitude necessárias para que o sistema de saúde brasileiro evolua com um modelo de atenção baseado no vínculo com o cidadão e com a comunidade, comprometido com a continuidade do cuidado e com os resultados sanitários. Nesse panorama, com o intuito de incitar uma condição regulatória do papel do ente federal, as ações de repasses orçamentários tem se intensificado para os municípios, local de consolidação das ações em saúde, ao longo dos anos, conforme demonstra a Figura 31, a partir de dados do IBGE (2011), ressaltando o declínio dos gastos federais direto com a saúde.

Castro e Machado (2010) evidenciaram em um estudo longitudinal o incentivo financeiro para a APS. Não obstante, esclarecem que ainda que os recursos destinados à atenção básica sejam insuficientes, houve crescimento da execução orçamentária deste

programa considerando os anos de 2002 a 2008. Isso reflete o esforço do gestor federal em garantir um aporte maior de recursos para esse programa, prioritário na esfera da gestão.

Figura 31 – Evolução dos recursos orçamentários federais



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do IBGE (2011).

Diante do exposto, a condição apresentada pela APS, no Brasil, tem apresentando diferentes esforços na busca pela consolidação dos princípios. No último documento consolidado pelo IBGE, que trata sobre economia em saúde, encontramos algumas constatações que exemplificam esses esforços.

De acordo com o documento, em 2005, foram produzidos no Brasil 76,7% dos bens típicos de saúde, incluindo bens produzidos para exportação. Para a maior parte das atividades econômicas, o valor da produção é igual ao valor das vendas, acrescido da variação dos estoques. Porém, boa parte da produção das atividades de saúde não se destina à comercialização, sendo que, para essas atividades não mercantis, como a atividade em saúde pública, objeto de nossa pesquisa, o valor da produção é igual à soma dos custos de produção. Assim, esses custos incluem salários e benefícios a empregados, despesas com bens e serviços usados no processo de produção (como medicamentos, serviços e outros materiais comprados para permitir a prestação de um serviço de saúde, denominados consumo intermediário) e uma estimativa de depreciação das instalações e equipamentos usados pela atividade.

Assim, de acordo com o último relatório disponibilizado pelo IBGE (2011), a partir do Sistema de Contas Nacionais, e utilizando a classificação pelo CNAE, a produção das atividades em saúde pública, considerando o período de 2000 a 2005, teve um incremento de 49,45% representando um franco crescimento dessa atividade no Brasil. Condicionando esse

percentual, específico por segmento, identificamos que as atividades de saúde foram diretamente responsáveis por mais de 4% do total de postos de trabalho no país entre 2000 e 2005. Houve um pequeno aumento proporcional dos postos de trabalho na saúde em relação às demais atividades econômicas, e as ocupações em saúde passaram de 4,1% do total de ocupações, em 2000, para 4,3 %, em 2005. Em números absolutos, em torno de 660 mil novos postos de trabalho foram criados pelas atividades de saúde no período, considerando, portanto, sua expressividade para o setor de serviços.

Em 2005, o valor adicionado das atividades de saúde foi de R\$ 97,3 bilhões, ou 5,3% do valor adicionado total da economia. Essa participação no total do valor adicionado foi menor que a de 2000 (5,7%). A saúde pública foi a principal despesa de consumo final das administrações públicas (33,4% ou R\$ 32,5 bilhões), seguido pela atividade de atenção à saúde (20,4% ou R\$ 19,9 bilhões) e pela fabricação de produtos farmacêuticos (13,3% ou R\$ 13 bilhões). A despesa de consumo final com bens e serviços de saúde, em 2005, foi de R\$ 171,6 bilhões, representando 8% do PIB. Desse total, a administração pública gastou R\$ 66,6 bilhões, as famílias gastaram R\$ 103,2 bilhões, através de impostos, e as instituições sem fins de lucro a serviço das famílias, R\$ 1,8 bilhão (IBGE, 2011).

No decorrer dos últimos três anos, a APS tem recebido vigilância quanto à normatização legal de suas funções. Em revogação das portarias nº 648/GM, 649/GM e 640/GM de 2006, a portaria nº 2.488, de 2011, estabelece o Pacto pela Saúde e determina uma Secretaria de Atenção a Saúde, do Ministério da Saúde, de âmbito federal, com o objetivo de publicar manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas para a prática da APS. Na elaboração desta Tese de Doutorado, em meio a um ambiente atual de mudanças, ressaltamos três documentos que consolidaram o referencial, que vinham sendo tratados, até então, a partir de pressupostos internacionais, de documentos da OMS para a APS.

O primeiro deles se refere ao Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010), reconhecido pela Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, como ferramenta de avaliação da qualidade e, a utilização do termo da APS como equivalente ao termo Atenção Básica, utilizado, historicamente, no contexto brasileiro. O detalhamento dessa ferramenta foi exposto em parte na metodologia e nos resultados desta Tese de Doutorado.

O segundo documento se refere à nova publicação da relação nacional de ações e serviços de saúde, denominada RENASES, onde apresenta uma lista de critérios ou

regramentos de acesso aos serviços de acordo com a complexidade dos níveis de atenção (BRASIL, 2012), determinando uma identidade quanto à caracterização dos serviços prestados na saúde. De forma bastante didática divide as ações por código: i) 1 – ação ou serviço com acesso livre para o usuário, sem exigência de qualquer tipo de encaminhamento ou mecanismo de regulação de acesso; considerados portas de entrada do SUS, conforme definido no artigo 9º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; ii) 2 – ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS; iii) 3 – ação ou serviço com acesso mediante autorização prévia de dispositivo de regulação; iv) 4 – ação ou serviço com exigência de habilitação pelo gestor; v) 5 – Ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional, e; vi) 6 – ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância sanitária, epidemiológica ou ambiental, regidas por normas específicas (BRASIL, 2012). Essas ações são transpostas para os serviços de saúde de acordo com a complexidade, identificando sua responsabilidade.

São duzentas ações ou serviços distribuídos de acordo com o nível de complexidade do sistema de saúde. No âmbito de avaliação para esta Tese de Doutorado, de acordo com o documento, os serviços de âmbito e coordenação da APS, representam cinquenta ações, distribuídas pelos níveis de complexidade.

O terceiro documento, publicado em 2012, pela OPAS – Representação Brasil, se refere à preocupação com a consolidação das RAS com o foco de acesso pela APS, destacando seu papel fundamental no contexto de saúde, a partir da consolidação dos mecanismos da ESF. OPAS (2012) esclarece que o modelo brasileiro de saúde da família pode ser considerado autóctone, ainda que se deva reconhecer que recebeu influências externas importantes, mas diferiu delas, sobretudo, por não instituir – se como uma proposta exclusiva de medicina familiar e, sim, como uma política pública voltada para a saúde da família. Assim, a ESF é uma proposta de saúde da família singular que se distanciou dos modelos de medicina familiar, que, em geral, se articulam em torno do papel protagônico dos médicos generalistas ou de família.

Na concepção de RAS, cabe à APS a responsabilidade de articular – se, intimamente, com a população a partir da relação de diferentes profissionais da saúde. O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas

fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS (OPAS, 2012).

O conceito de RAS, patrocinando a APS como agente coordenador foi reconhecido através da Portaria 4.279/2010. Em 2011, o MS publicou três portarias (Portaria 1.459/2011; Portaria 1.600/2011; Portaria 3.088/2011) desenvolvendo a Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção Psicossocial. Em 2012, a Portaria 793/2012 que descreve a Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência e em 2013 a Portaria 252/2013 que orienta a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Essas portarias estimulam uma forte atuação das Coordenadorias Regionais de Saúde que, juntamente, com a APS, desenvolvida *in loco*, identificada como a porta de entrada do sistema atuem nos fluxos de referência e contrareferência da população.

No cenário brasileiro, conforme ressalta CONASS (2012), o paradigma encontra – se na ruptura do atendimento ao episódio agudo, da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde com o envolvimento do cidadão e da sociedade. Ainda, é necessário que o sistema de saúde brasileiro avance na perspectiva de realmente transformar a APS, adotando – a como uma estratégia de reorganização do SUS. Ainda, Castro e Machado (2010) corroboram, no sentido de que o efetivo fortalecimento da APS no Brasil, enfrenta, ainda, o desafio de reconfiguração do modelo regulatório federal e a garantia de um aporte maior de recursos para este nível de atenção.

4.2.1 Atenção Primária à Saúde de Caxias do Sul

De acordo com a Fundação de Economia e Estatística (FEE), vinculada à Secretaria do Planejamento e Gestão do Governo do estado do Rio Grande do Sul, a cidade de Caxias do Sul foi criada em 1890 e após 120 anos de fundação, o município ocupa o 3º maior PIB total do estado (R\$ 20.838,00/per capita) onde 60,66% têm origem industrial, 35,2% provém do setor do comércio e, o restante, 4,74% da agricultura. Representa, hoje, o segundo maior município do estado do Rio Grande do Sul em número de habitantes; de acordo com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico, o município possui 435.564 mil habitantes (92,5% na zona urbana e 7,5% na zona rural) e vivem em uma área de 1.644,302 km² (IBGE, 2011).

De acordo com o último censo do IBGE, realizado em 2004, disponível para análise da área da saúde, o município de Caxias do Sul concentra um total de 3.987 habitantes atuando

na área da saúde, cerca de 19% no setor público e 62% no setor privado. Dos oito hospitais do município, um hospital atende, inteiramente, o SUS.

O município de Caxias do Sul é constituído por seis distritos: Caxias do Sul (distrito – sede), Fazenda Souza, Vila Seca, Vila Oliva, Santa Lúcia do Piaí e Criúva. Além de cinco áreas administrativas Forqueta, Ana Rech, Galópolis, Desvio Rizzo e Vila Cristina.

A aplicação de recursos orçamentários para a área da saúde possibilitou a ampliação de serviços públicos de promoção a saúde e a criação de melhorias de infraestrutura. Observam – se na Tabela 1, o evolutivo de investimentos para o sistema de saúde de Caxias do Sul, no período de 2010 a 2012, com incremento de 20 a 25% nos investimentos para a APS.

Tabela 1 – Investimentos em saúde pública de Caxias do Sul (RS)

Indicadores¹	2010	2011	2012
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	531.819.205,08	637.185.801,54	783.420.946,88
Transferências do Fundo Nacional de Saúde	257.001.967,80	308.049.095,25	262.432.534,98
Despesa total município com saúde	200.884.725,19	244.129.692,97	305.255.072,90
Despesa com recursos próprios do município	60.737.836,93	74.303.349,79	92.838.790,77
Despesa com pessoal	38.781.095,44	39.847.947,19	48.792.773,53
Despesa em Atenção Básica	55.681.838,08	64.034.148,29	75.560.294,98
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	395,92	474,36	592,31

Fonte: DATASUS – Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (MS, 2013).

(1) Valores expressos em Milhões de Reais (R\$).

Através de um levantamento histórico buscou – se conhecer a origem e realidade atual da saúde pública de Caxias do Sul, onde está inserida a APS. Os próximos parágrafos descrevem, de forma sucinta, os marcos históricos do sistema.

Até o ano de 1988, os serviços de saúde, sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul, eram executados através da Secretaria Municipal de Habitação e Ação Social até a criação da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente com o gerenciamento de três UBS e um ambulatório volante.

Em 1992, impulsionada pelas mudanças no contexto de saúde brasileiro, foi aprovada a legislação criando a Conferência Municipal da Saúde, o Conselho Municipal da Saúde, a

gestão do SUS e a lei que autorizou o convênio entre o município de Caxias do Sul e o governo do Estado do Rio Grande do Sul para implantação do SUS em Caxias do Sul. Neste mesmo ano, foi elaborado o primeiro Plano Municipal de Saúde e protocolado para assinatura de adesão à municipalização de saúde, mas que não se efetivou por aspectos técnicos de esferas da coordenação.

Paralelamente, na esfera estadual, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) optou por desencadear, desde 1999, um processo para desenhar e operar, de forma descentralizada e regionalizada o sistema estadual de saúde, incluindo a atenção, a gestão e o controle social. As Delegacias Regionais de Saúde, da Secretaria da Saúde do RS, passaram a se chamar Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) a partir de 1999 e, ser responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO, 2000).

Na área da saúde, o Estado do Rio Grande do Sul está dividido, político – administrativamente, em dezenove CRS, que contém pessoal técnico e administrativo responsável pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde. As equipes regionais atuam em cooperação técnica, financeira e organizacional com os gestores municipais e com os prestadores de serviços com o objetivo de organizar os sistemas locais e regionais de saúde.

Caxias do Sul é sede das instalações administrativas da 5ª CRS que é responsável por ações estaduais em saúde para 49 municípios²³ do Rio Grande do Sul, abrange 28 hospitais que realizam atendimento pelo SUS, e uma população total de 1.673.884 habitantes (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO, 2002). Constitui – se um pólo de referência no setor saúde para a região nordeste do RS (CLAUS; CAPRA, 2002).

No ano de 1994, o município de Caxias do Sul assume o gerenciamento da rede básica, numa gestão colegiada com a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde. Em 1995, o município oficializa manifesto de interesse em assumir as responsabilidades das ações em saúde na condição de Gestão Incipiente. E, em 1997 a administração municipal encaminha a

²³ Alto Feliz, André da Rocha, Antonio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Cotiporã, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabiju, Guaporé, Ipê, Jaquirana, Linha Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Prata, Nova Roma do Sul, Paraí, Picada Café, Pinhal da Serra, Protásio Alves, Santa Teresa, São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale Real, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre do Prata,

solicitação de Gestão Plena do Sistema de Saúde, aprovada em junho de 1998, pelo Ministério da Saúde. A Gestão Plena do Sistema Municipal garante a transferência regular e automática dos recursos referentes ao valor per capita definido e do Fundo Nacional de Saúde após a qualificação da microrregião em qual está inserido para sua própria população e a população dos municípios abrangidos, pois é sede da 5ª CRS.

Diante da insuficiência de ofertas de ações e serviços públicos de saúde, a baixa inserção da saúde pública em relação ao setor privado, e a fragilidade das estruturas de gestão foi gradativamente substituída pela decisão de investimentos significativos e a definição de uma proposta político – assistencial para o SUS municipal.

Antes de 1997, a estrutura em saúde do município era marcada pela escassez de ações e serviços, e ao setor público faltava estrutura de gestão para assumir a condição de Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde. Concomitante a proposta de fortalecimento do SUS, nesse momento, ocorre um processo intenso de preparar a habilitação na Gestão Plena, através de leis e decretos, concursos públicos para ampliação de recursos humanos, implantação de estrutura de serviços próprios entre outros. Segundo Claus (2007) os principais problemas levantados quanto à saúde pública, identificadas nesse período, em Caxias do Sul eram: i) atenção assistencial centrada nas tarefas e nos procedimentos profissionais, e não, nas necessidades dos usuários; ii) baixa efetividade e eficiência das ações em saúde; iii) planejamento de ações e recursos centralizados, com inexistência de planos locais de saúde; iv) dificuldades de vinculação de usuários aos serviços básicos de referência; v) dificuldade de acesso dos usuários dos serviços; vi) pouca responsabilização das equipes de saúde em relação a saúde da população de sua área de abrangência; vii) concepções difusas sobre a missão da UBS e dos demais serviços de apoio.

Concomitante com as propostas federais de organização do SUS foi desencadeado um processo reflexivo sobre o modelo de assistência e de gestão a ser adotado no município. O debate entre o governo municipal, servidores de saúde, Conselho Municipal de Saúde e diretamente com a população decidiu por uma modalidade de assistência a saúde onde as UBS devem estar localizadas em Territórios Sanitários (TS), respeitando a divisão proposta pelo Plano Físico Urbano, que estabelecia normas de organização e ocupação do espaço urbano, no sentido de melhor equilibrar o meio físico natural.

A partir do Plano Municipal de Saúde, em 1997, o Colegiado Gestor, da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, desencadeou arranjos de trabalho institucionais no processo de novas estruturas gerenciais e funcionais, porém com centralização da direção e

gestão na SMS, definindo 14 Territórios de Saúde (TS), para até então, 36 UBS, daquele momento (CAXIAS DO SUL, 1997).

Nesse período, uma intensa incorporação tecnológica de produtos foi efetuada para acesso aos recursos de saúde, antes só possíveis na iniciativa privada. Para concretizar a rede de serviços e a gestão, foram acionados dispositivos como o aumento de recursos financeiros, ampliação do quadro de recursos humanos, ampliação da rede de serviços próprios como o Complexo Centro à Vida disponibilizando Hemocentro e Central de Exames, implantação de novas UBS, reestruturação do Centro Especializado de Saúde, aumentando a oferta de especialistas e ações médicas, implantação dos Serviços de Saúde Mental, implantação das Vigilâncias Ambiental e Sanitária, implantação de Auditoria, capacitações gerenciais e para os demais trabalhadores de saúde e instituição de Colegiados Gestores em todos os serviços.

Além disso, recentemente, a 5ª CRS, juntamente, com a SMS, tem intensificado os esforços de organização da atenção à saúde a partir das RAS em vistas de uma gestão de base populacional e geográfica dos 49 municípios, dessa forma será possível no aspecto gerencial obter o financiamento regional, fortalecendo a APS, promovendo, assim, qualificação e resolutividade nos problemas de saúde.

A preocupação com a transição demográfica e epidemiológica associada aos fatores internos de assumir arranjos organizativos diferenciados, possibilitou a divisão de quatro redes, sob coordenação da 5ª CRS e SMS: i) Caxias e Hortênsias: compreendem seis municípios, cerca de 540.000 habitantes, possui seis hospitais conveniados com o SUS. Na APS, compreende um universo de 68 UBS, 46 ESF e sete Serviços Ambulatorial Médico de Urgência (SAMU); ii) Campos de Cima da Serra: compreendem nove municípios, cerca de 95.000 habitantes, possui três hospitais conveniados pelo SUS. Na APS, 34 UBS e 17 ESF, dois SAMU e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); iii) Vinhedos e Basalto: compreendem 22 municípios, cerca de 280.000 habitantes, nove hospitais conveniados pelo SUS. Na APS, 81 UBS, 45 ESF e seis SAMU, e; iv) Uva e Vale: compreendem 12 municípios, cerca de 170.000 habitantes, seis hospitais conveniados pelo SUS. Na APS, 48 UBS, 25 ESF, seis SAMU e uma UPA.

A responsabilidade da SMS de Caxias do Sul é prestar atenção integral à saúde da população da cidade, envolvendo desde a atenção aos problemas e necessidades básicas mais comuns (acolhimento, atendimento e atividades nas UBS), até o atendimento a casos mais complexos (atendimentos e acompanhamento em ambulatórios e serviços especializados). É priorizada também a atenção às necessidades de urgência e emergência junto ao Pronto

Atendimento 24h. E por fim a assistência hospitalar aos casos que requerem internação para cirurgias e acompanhamento mais intensivo.

A SMS, na sua estrutura básica organizacional é constituída pelas seguintes coordenações: Planejamento, Administração, Gestão de Atenção à Saúde, de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria, de Vigilância à Saúde, de Controle Orçamentário e Financeiro, de Recursos Humanos e Direção Executiva.

A SMS como sistema de gestão, concentra ainda, as estrutura de células especializadas nas diversas ações em saúde que auxiliam na capacitação dos recursos humanos das UBS desenvolvendo atividades de acordo com a categoria, dentre as quais, o Núcleo da Mulher, ESF, Núcleo do Adulto e Idoso, Núcleo de Saúde Mental, Núcleo da Criança, Núcleo de Odontologia e Assistência Farmacêutica. Conta ainda como serviços integradores como Serviço de Controle e Avaliações (SACA) e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS).

A assistência hospitalar ofertada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Caxias do Sul é feita pelos Hospitais Pompéia, Hospital Geral, Hospital Saúde e Clínica Paulo Guedes, como podemos observar na Tabela 2, extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2009). Também integram o sistema de saúde de Caxias do Sul (RS), através do sistema de saúde suplementar e desembolso direto o Hospital do Círculo, Hospital Fátima e Hospital Unimed.

Tabela 2 – Assistência hospitalar da saúde pública de Caxias do Sul (RS)

Hospital	Rede	Número de leitos para o SUS	% de Participação Pública na Composição do faturamento
Hospital Geral	Pública	241	100%
Hospital Pompéia	Filantropica	181	36%
Clínica Paulo Guedes	Filantropica	198	87%
Hospital Saúde	Privada	12	9%

Fonte: Elaboração própria a partir do CNES (2009).

A definição de uma nova proposta político – assistencial, no município de Caxias do Sul, contemplou uma concepção de organização do Sistema de Serviços de Saúde, denominada pelo município “Em Defesa da Vida”, que resultava na operação em rede com características horizontais e não mais uma estrutura piramidal como tradicionalmente vinha sendo concebida a hierarquização de serviços. Dessa forma a logística do SUS e a lógica da APS, denominada, atenção à saúde, fundamentaram – se a partir de sua célula principal – a UBS – unidade mediadora de todo o sistema de saúde, e os demais serviços ambulatoriais e

hospitalares, de média e alta complexidade, cumprindo o papel de apoio e retaguarda para que a rede básica concretize a sua missão (CAXIAS DO SUL, 2004).

Esse documento denominado Protocolo de Ações Básicas de Saúde – Uma proposta em Defesa da Vida, contempla as definições de uma proposta assistencial compreendendo um conjunto de concepções e ações necessárias ao monitoramento das condições de saúde e intervenção nas intercorrências da população. Foi publicado em 2000, previamente a deliberação de estratégias gerais da esfera federal de controle da APS no Brasil e foi premiado como trabalho inédito em Experiências Inovadoras em 2000 (CAPRA, 2000).

O protocolo permite a UBS realizar ações em saúde, com atendimento na estruturação de vínculos com a população ao longo da vida proporcionando a rastreabilidade de melhoria de condições de saúde, que atualmente compreende:

- a) o Ciclo Vital de Gravidez e Puerpério: Compreende a assistência a mulher na gestação e após o parto na oferta de serviços;
- b) o Ciclo Vital da Criança e Adolescente: Compreende a assistência através dos programas Acolhe o Bebê, Programa Dente na Boca e Adolescência Saudável;
- c) o Ciclo Vital do Adulto: Compreende o programa Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso e de doenças crônicas degenerativas como hipertensão e diabetes.

De acordo com Claus (2007) o município de Caxias do Sul criou em 1998 a função do gerente de UBS. Campos (1992) afirma que o trabalho de gerência desenvolvido em uma UBS, pode ser concebido como um meio para se consolidar um determinado processo de produção de ações em saúde ou para transformá-los.

Para as UBS foi definida a missão de ser o centro do sistema de serviços de saúde, realizando a assistência qualificada com vigilância à saúde da população. Além disso, a responsabilidade inclui a realização de planejamento local de saúde, levando em conta a realidade, com serviços e estratégias de acordo com a necessidade da população contemplada pela UBS. As UBS que fazem parte do município de Caxias do Sul, apresentadas em ordem alfabética, são Alvorada, Ana Rech, Bela Vista, Belo Horizonte, Centenário, Centro de Saúde, Cinquentenário, Cristo Operário, Criúva, Cruzeiro, Desvio Rizzo, Diamantino, Eldorado, Esplanada, Fátima Alta, Fátima Baixa, Fazenda Souza, Forqueta, Galópolis, Madureira, Mariani, Parque Oásis, Pioneiro, Planalto, Planalto Rio Branco, Reolon, Rio Branco, Sagrada Família, Salgado Filho, Santa Fé, Santa Lúcia Cohab, Santa Lúcia do Piaí, São Caetano, São

Ciro, São José, São Leopoldo, São Vicente, São Victor Cohab, Século XX, Serrano, Tijuca, Vila Cristina, Vila Ipê, Vila Lobos, Vila Oliva, Vila Seca.

A partir das 46 UBS distribuídas pelo município, a rede atual permite o acesso a serviços de média e alta complexidade, que antes não eram acessíveis aos usuários do SUS, através de um mecanismo de regulação, denominada Central de Marcação de Consultas Especializadas. Além disso, a pactuação de compromissos entre serviços e setores (incluindo o privado), denominada Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento constituinte para a Gestão Plena, ocorre a responsabilização por acesso a consultas e leitos hospitalares para os 48 municípios pertencentes à 5ª CRS. Atualmente, a Central opera com três terminais atendendo as UBS e aos 49 municípios da região, agendando, aproximadamente, 20 mil consultas por mês.

Em 2004 foi implantada no município o PSF. Esse programa é uma estratégia proposta pela esfera federal de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. A partir de 1997, o PSF passou a ser denominado Estratégia da Saúde da Família (ESF) e tem sido utilizada, pelo Brasil, com a finalidade de auxílio na regulamentação da política pública de APS. Em 2007, foi implantando a Estratégia de Saúde Bucal (ESB) com a finalidade de prover auxílio odontológico à população. O município tem suas responsabilidades em relação ao cumprimento dos princípios da APS, pela organização e execução das ações em seu território. Atualmente, o sistema de saúde de Caxias do Sul conta com 36 ESF em 22 UBS e 18 ESB em 10 UBS.

Esses profissionais realizam uma atuação localizada numa área geográfica delimitada, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta população.

De acordo com a SDE (2011), a saúde pública constitui o primeiro orçamento do município. Atualmente, a rede de UBS local, possibilita a população residente no município a ter o acesso a consultas nas áreas de clínica, ginecologia, obstetrícia, pediatria e enfermagem, além de medicamentos, os quais constituem uma lista de aproximadamente 118 itens selecionados segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a partir do perfil

epidemiológico da população. A Figura 32 apresenta uma breve relação de ações desenvolvidas nas UBS.

As UBS são compostas por equipes multiprofissionais com gerente da unidade e por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, quando é contemplada para essa UBS a ESF.

Figura 32 – Listagem das atividades desenvolvidas nas UBS

<p>Consultas médicas em ginecologia – obstetrícia, clínica geral e pediatria; Tratamento odontológico (prioritariamente para gestantes e crianças). Está sendo implantado gradativamente o atendimento ao adulto. Programa Dente na Boca (aplicação de flúor, palestras, teatro, escovação aos alunos das escolas e encaminhamento para tratamento na UBS); Assistência pré – natal; Programa Acolhe o Bebê; Aleitamento Materno; Acompanhamento do desenvolvimento da criança; Acompanhamento de oxigenoterapia domiciliar. Acompanhamento Nutricional; Planejamento Familiar; Prevenção de câncer de mama e colo uterino; Coleta para exame citopatológico e teste do pezinho; Ações de educação em saúde (realização de palestras, grupos de orientação preventiva sobre diversas temáticas de saúde pública); Controle das Doenças Respiratórias e Diarréicas; Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; Acompanhamento domiciliar de doentes crônicos; Vigilância das condições de saúde da população de sua área de abrangência; Vacinação; Nebulização; Medicamentos (Conforme lista básica definida por equipe multidisciplinar da Secretaria da Saúde); Verificação de sinais vitais; Curativos, aplicação de injeções (desde que se apresente receita médica), retirada de pontos, etc. Marcação de consultas especializadas e encaminhamento para serviços especializados; Acolhimento e Vinculação dos usuários a UBS; Planejamento, avaliação e controle das ações de saúde de acordo com a realidade da população atendida; Planejamento das ações de saúde junto à comunidade através dos Conselhos Local e Municipal de Saúde; Visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde; Visita domiciliar de enfermeiros, assistentes sociais ou médicos quando necessário</p>
--

Fonte: Elaboração própria a partir do site da SMS (2012).

As UBS disponibilizam em sua estrutura, no mínimo, um consultório médico, e um consultório de enfermagem para os profissionais. Deve apresentar, no mínimo, uma área de recepção, um local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem; equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas em saúde. Devem possuir a garantia dos fluxos de referência e contrareferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

A população demandante de serviços de saúde é cadastrada de acordo com as

diretrizes do SUS através do Cartão SUS e deve receber atendimento na UBS mais próxima e pela ESF de acordo com a localização de sua residência. Além disso, é através da UBS que acontecem os fluxos de encaminhamento de referência e contrareferência para os outros níveis da Rede Integrada de Atenção à Saúde.

Ocorrida a consulta com o médico da UBS, se necessário, o próprio profissional solicita através de um formulário denominado boletim de referência e contrareferência o encaminhamento a níveis especializados. Este documento é entregue à equipe da recepção da UBS, que acessará a Central de Marcação de Consultas Especializadas (onde algumas UBS já contam com marcação de consultas via sistema. Neste caso o agendamento da consulta já é informado ao usuário, na ocasião da solicitação do médico da UBS) que funciona junto à Secretaria Municipal da Saúde, para realizar o agendamento. Com o agendamento, o usuário é comunicado pessoalmente ou por telefone. O encaminhamento para consulta especializada pode ser para serviços próprios da SMS ou ainda para serviços contratados (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL, 2012).

Algumas equipes da ESF contam com ESB, onde atuam odontólogos e auxiliares de consultório dentário e ainda com profissionais de apoio como clínicos gerais, pediatras, ginecologistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, que trabalham de maneira integrada, oferecendo suporte às equipes no mesmo local de trabalho. Cada equipe faz o acompanhamento de, no máximo, 4000 habitantes, com uma jornada de trabalho de 40 horas semanais de todos os seus integrantes. Esses profissionais realizam uma atuação localizada numa área geográfica delimitada, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde, de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias. As equipes também realizam visitas domiciliares, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta população (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL, 2012).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais capacitados, que residem na própria comunidade em que trabalham, assim, tem acesso fácil às famílias da área e identificam rapidamente seus problemas. Ele atende aos moradores, em cada casa, nas questões relacionadas com a saúde: orienta, dá sugestões e apoio, além de controlar e acompanhar as situações de agravos, usuárias gestantes e o desenvolvimento das crianças,

buscando encontrar alternativas, juntamente, com a UBS, outros setores e comunidade, para a melhoria da qualidade e estilo de vida.

O acesso aos exames de laboratório e/ou de imagem, disponibilizados na Central de Exames Complementares do município e nos serviços contratados, se dá através da solicitação do médico da UBS ou do médico especialista. Somente os exames de imagem de média complexidade e os exames de alta complexidade necessitam de autorização do SACA da SMS.

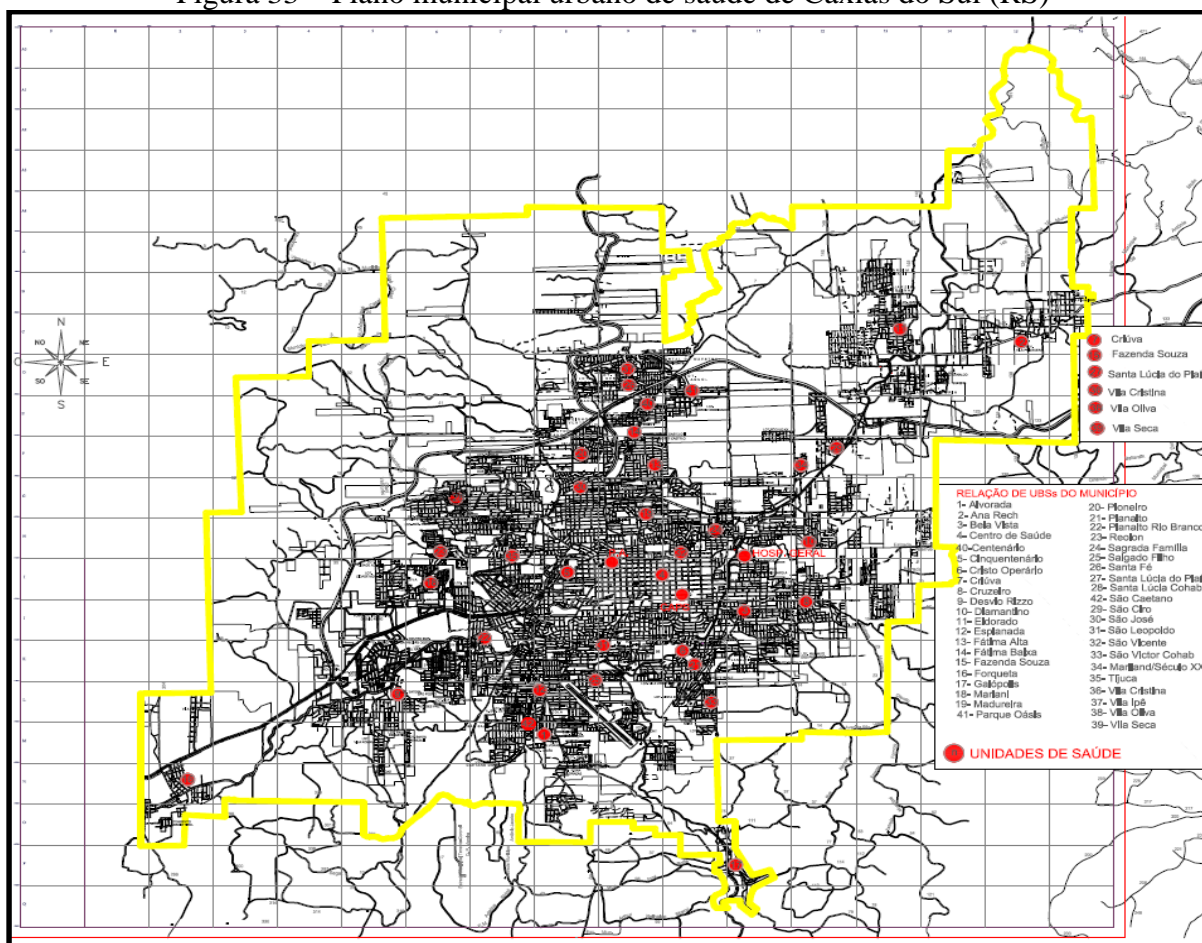
Em outubro de 2012, o banco de dados do Cartão SUS do município de Caxias do Sul contava com 412.096 usuários cadastrados. Foi no contexto de setorização do município, atendendo aos preceitos do Plano Físico Urbano de Caxias do Sul, que foi planejada e orientada a infraestrutura dos serviços de saúde.

De acordo com o mapa da Figura 33 e Anexo IV, o município de Caxias do Sul está dividido em 21 Territórios Sanitários, correspondendo a 46 UBS. A territorialização e a cartografia são utilizados na área da saúde como ferramentas para facilitar a cobertura da atenção primária para a população (BRASIL, 2011). O recurso da territorialização permite o levantamento de dados sobre a população e seus problemas de saúde, o impacto dos serviços de saúde na qualidade de vida da população, bem como estreitar a relação de responsabilidade entre os serviços e a população num espaço pré – determinado.

As últimas UBS que integraram o setor de saúde de Caxias do Sul foram, respectivamente, da mais antiga para a mais recente, inaugurada em julho de 2012, UBS Centenário, UBS São Caetano, UBS Vila Lobos, UBS Serrano, UBS Belo Horizonte, UBS Rio Branco.

Nas ações de educação, a SMS de Caxias do Sul, possui o NEPS, responsável pela capacitação e treinamento dos funcionários. A partir das iniciativas, o NEPS mantém desde 2008 a publicação anual financiada pelo Ministério da Saúde, vinculado ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ – Saúde) e parceria da UCS das Experiências Exitosas de Atenção à Saúde, Em um encontro anual são apresentados trabalhos diferenciados nos eixos temáticos de processo de trabalho e gestão, promoção à saúde, vigilância em saúde, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher e saúde do adulto e idoso. Sob essa ótica, suscita as articulações da SMS com outros setores da sociedade como entidades, ONG, empresas e entidades públicas e privadas para o fortalecimento de ações preventivas e de promoção à saúde a partir do compartilhamento de ações e da constituição das redes de cuidado.

Figura 33 – Plano municipal urbano de saúde de Caxias do Sul (RS)



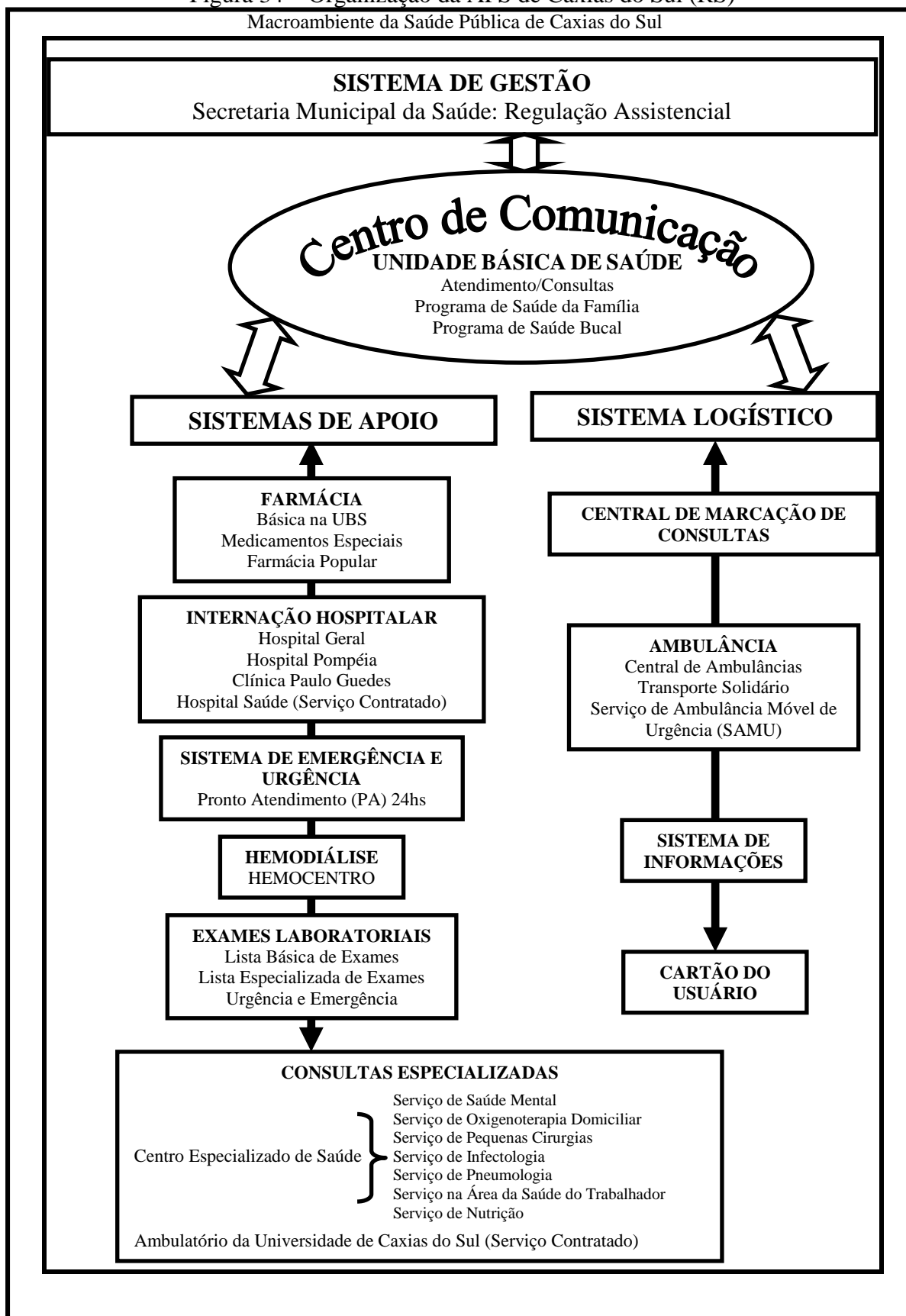
Fonte: Secretaria de Planejamento Municipal da Prefeitura de Caxias do Sul (2011).

4.3 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

A APS é fundamental para a construção de um sistema de saúde coeso que garanta resultados positivos para a saúde em eficácia e eficiência (SHI, 2012; MITTON et al., 2011; ATUN et al., 2007). Nesse sentido, na perspectiva da análise das condições sanitárias do município de Caxias do Sul (RS) foi possível, identificar crescentes investimentos em saúde pública no decorrer dos últimos anos demonstrando uma preocupação no provimento de serviços e ações de saúde à população.

Doravante, na estrutura organizacional, a rede de saúde de Caxias do Sul, possui o centro de comunicação na APS, operacionalizada através da UBS, correspondendo a uma organização horizontal com fluxos de referência e contrarreferência regulada pela demanda da população, que contam com centros denominados sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistemas de gestão, conforme Figura 34.

Figura 34 – Organização da APS de Caxias do Sul (RS)



Fonte: Elaboração própria.

5 RESULTADOS

Nesse capítulo descrevemos e analisamos os resultados, compreendendo as duas etapas da pesquisa. A análise da primeira etapa de pesquisa consistiu na aplicação de um instrumento contendo um questionário para análise da qualidade do serviço orientado para a APS e um roteiro de entrevistas individuais em profundidade, aplicado aos gestores das 45 UBS.

No caso do questionário, os resultados foram interpretados seguindo as diretrizes da validação do instrumento (BRASIL, 2010). Já, os resultados das entrevistas foram interpretados por meio do processo de inferência (BARDIN, 2006), baseado nos fatos identificados nas organizações do serviço de saúde. Assim, os trechos codificados na entrevista são refletidos como evidências.

Ainda, convém ressaltar, que seguindo a premissa de Bardin (2006), de organizar os resultados de forma transparente e ao mesmo tempo fomentando a orientação da análise, foi apresentado trechos de transcrição, considerando as de maior destaque, procurando, assim, não desenvolver uma leitura carregada e maçante, conforme preconiza Gibbs (2009), visto que o total de transcrição, para as entrevistas, foi de 312 páginas. O instrumento de pesquisa, conforme Apêndice II, foi dividido em cinco partes:

- a) A parte um e dois visou à apresentação do trabalho para população estudada e identificação do entrevistado nas características das UBS;
- b) A parte três visou à identificação das características dos serviços de saúde da UBS através da ferramenta *PCATool* : dividido em oito seções com análise de acesso, atendimento continuado, coordenação, coordenação – sistemas de informação, integralidade (serviços disponíveis), integralidade (serviços prestados), enfoque na família, orientação comunitária no total de 77 questões;
- c) Por fim, a parte três, visou à identificação por entrevista em profundidade, dos tipos de inovações, que caracterizam o tema, na análise de categorização, o processo de desenvolvimento, além de, identificar os atores, que fazem parte da estrutura da APS.

Ainda, na primeira etapa da pesquisa, visando identificar as relações da qualidade de orientação para APS, derivados do *PCATool* , com os resultados encontrados a partir da entrevista da inovação, desenvolveu – se uma análise e interpretação exploratória dos dados estatísticos.

Na segunda etapa da pesquisa, um questionário estruturado foi elaborado com quatro

agrupamentos centrais de questões, baseado nas informações coletadas na primeira etapa da pesquisa (APÊNDICE III) e foi dividido em três partes:

- a) As duas primeiras partes visaram à apresentação do trabalho para população estudada e identificação do entrevistado nas características das UBS a fim de organizar os dados com a primeira etapa da pesquisa;
- b) A parte três visou à identificação do questionário e a organização para seu preenchimento.

Os resultados foram interpretados a partir de estatística inferencial, onde se desenvolveu a análise do comportamento do fator concordância de competências ou preferências dos servidores, ou dos usuários, ou do decisor político para a ocorrência das inovações, para que assim, pudéssemos considerar e mensurar as relações entre os diferentes agentes envolvidos no processo da inovação.

Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade das informações específicas de cada UBS, como informado a eles no momento da coleta de dados, a identificação utilizada para este trabalho, e, conseqüentemente, para as UBS será UBS1, UBS2..., UBS45.

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

As UBS que compõem a APS de Caxias do Sul (RS), possuem uma estrutura física que compreende de 350m² a 600m² e horário de atendimento de 12 h por dia. Das UBS integrantes desse estudo, sete estão localizadas na zona rural e 38 unidades estão localizadas na zona urbana do município de Caxias do Sul. Atualmente, 22 UBS possuem ESF e 10 UBS possuem ESB.

Cada território em saúde compreendido com o centro de comunicação na UBS, responsável pelas ações de APS, está dividido em microáreas que representam a área de atuação das equipes da ESF. A abrangência de atendimento da ESF é de no máximo 4.000 habitantes por equipe, sendo a média recomendada para 3.000 habitantes e são compostas por equipes multiprofissionais com no mínimo, o médico da família, o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde. De acordo com o processo de territorialização e cartografia, são 175 microáreas de atuação, sendo 144 na zona urbana e 31 na zona rural. Essas áreas são monitoradas, frequentemente, e definidas pela SMS, através da análise gerencial das UBS, através de um conjunto de indicadores: i) renda familiar de até 3 salários mínimos; ii)

precariedade habitacional, no uso do material construtivo, no tamanho e utilização dos cômodos ou pelo adensamento excessivo destes cômodos; iii) precariedade da rede de infraestrutura, como rede de água, rede de drenagem, rede de energia, rede de esgoto e pavimentação; iv) precariedade ambiental e áreas de risco, ou seja, análise de casas construídas em locais ambientalmente impróprios como encostas de morros suscetíveis a desmoronamento e áreas de preservação permanente dentre outros; v) precariedade na posse de terra, ou seja, áreas públicas ou privadas adquiridas de maneira irregular e/ou clandestina, tendo sua posse em situação ilegal juridicamente, e; vi) precariedade de serviços urbanos, como creches, postos de saúde, segurança pública, ônibus e escolas.

Na Tabela 3, são apresentadas características e informações referentes às UBS da APS de Caxias do Sul (RS). De acordo, com a SMS, os investimentos em cada UBS, são compostos por três fatores: i) despesas de materiais e medicamentos: representado por 9 a 15%, ou seja, constitui – se em material de escritório, material de saúde (equipamentos e aparelhos) e medicamentos não pertencentes à lista básica do município e também da farmácia popular; ii) despesas de pessoal: representado por 27 a 39%, ou seja, constituem – se os gastos com recursos humanos estatutários e; iii) despesas de serviços terceiros: representados por 41 a 50%, ou seja, constituem – se em contratação emergencial de recursos humanos através da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), serviços de manutenção preventiva e corretiva, dentre outros.

Seguindo a orientação do IBGE (2011) onde nas atividades de saúde, o valor do produto final é a soma dos custos de produção elaborou – se planilhas consolidadas, dos investimentos de 2010, 2011 e 2012. Observou – se que os custos, aqui, denominados, investimentos, teve sua principal utilização nas despesas de serviços de terceiros, como contratações de técnicos de enfermagem, médicos e outros profissionais de saúde como psicólogo, assistente social, dentre outros.

Tabela 3 – Características gerais das UBS

(continua)

UNIDADE	Número da população cadastrada (Cartão SUS)	Número de Microáreas	Total de funcionários¹	Investimento Consolidado por UBS em 2012²
UBS1	2.014	4	7	613.991
UBS2	4.567	4	9	674.980
UBS3	1.092	5	10	895.091
UBS4	5.078	0	10	897.638
UBS5	14.326	9	17	1.501.099
UBS6	18.439	14	28	2.740.698

(conclusão)

UBS7	8.790	0	8	1.102.234
UBS8	10.548	9	16	1.391.235
UBS9	1.021	5	6	178.859
UBS10	16.734	5	25	2.245.679
UBS11	1.032	0	9	796.639
UBS12	0.980	4	9	492.069
UBS13	5.343	0	9	972.660
UBS14	0.875	4	14	738.968
UBS15	17.748	10	28	1.863.422
UBS16	0.986	0	7	896.123
UBS17	8.564	0	12	1.018.734
UBS18	14.768	8	12	1.321.456
UBS19	3.421	0	7	902.310
UBS20	10.876	0	9	984.980
UBS21	17.874	13	16	1.679.907
UBS22	21.326	12	18	1.917.817
UBS23	3.290	0	8	884.532
UBS24	11.943	9	21	1.212.347
UBS25	10.765	0	21	1.493.959
UBS26	5.104	0	8	658.752
UBS27	4.112	0	7	764.213
UBS28	1.098	5	9	862.623
UBS29	6.329	0	15	1.092.987
UBS30	2.003	0	8	287.325
UBS31	9.256	0	13	1.193.456
UBS32	4.045	0	9	599.702
UBS33	12.769	9	24	1.456.232
UBS34	18.345	8	27	1.351.639
UBS35	1.876	0	13	1.005.712
UBS36	1.009	0	12	1.122.129
UBS37	1.432	0	11	1.223.422
UBS38	5.127	0	8	1.115.622
UBS39	1.873	0	8	937.098
UBS40	23.745	13	51	5.647.549
UBS41	14.923	10	34	1.757.547
UBS42	3.987	0	8	961.622
UBS43	1.034	0	7	824.981
UBS44	10.220	7	20	1.289.944
UBS45	17.234	8	32	3.032.936

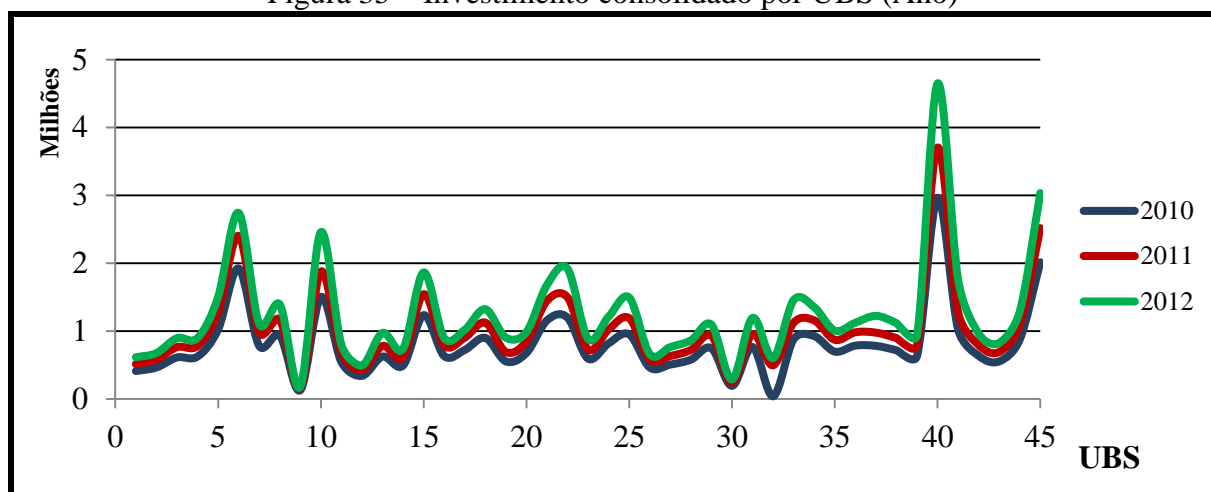
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da SMS de Caxias do Sul e CNES.

(1) Estatutários e Celetistas.

(2) Em milhões de Reais (R\$).

Na Figura 35, observamos o investimento anual consolidado representando uma consonância de crescimento de 20 a 23% para as UBS, no decorrer dos anos de 2010 a 2012.

Figura 35 – Investimento consolidado por UBS (Ano)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da SMS.

Ao gestor da UBS cabe a missão de conduzir técnica, política e administrativamente os processos de trabalho de forma a garantir as mudanças estratégicas elencadas para as necessidades locais do seu território de abrangência, ou seja, da UBS, e organizando as equipes da ESF.

Em relação às características dos gestores de acordo com a formação e tempo de cargo, identifica-se que 18,3% possuem pós-graduação em nível de mestrado, 58,3% possuem pós-graduação em nível de especialização, 23,7% correspondem a gestores com formação em graduação. Todos os gestores são graduados em enfermagem e estatutários, sendo que 50,3% concluíram a graduação há mais de quinze anos.

Observa-se também que 57,3% correspondem ao período de mais de cinco anos e um mês no cargo de gerência de UBS, sendo a média encontrada de permanência como gestor para as 45 UBS. Além disso, 58,3% dos entrevistados trabalham no serviço público há mais de quinze anos.

Em termos de serviços de atendimento aos usuários, 54,3% dos gerentes afirmam que existe uma relação adequada entre consultas agendadas, relacionadas ao planejamento com antecedência pelo profissional e com hora marcada, daquelas espontâneas, relacionadas às consultas marcadas no mesmo dia ou “fichas” previstas para distribuição no dia. Isso permite sugerir que parte das UBS da APS de Caxias do Sul consegue efetuar um acolhimento desejável, em termos de qualidade, aos usuários do serviço de saúde. Maiores evidências sobre essa questão surgirão ao longo da análise da pesquisa.

5.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

A utilização dos dados é o principal desafio em investigações qualitativas e a execução da análise aprofundada é mais importante do que o acúmulo de grande quantidade de dados, para garantir a qualidade na pesquisa qualitativa (WOLCOTT, 1994). Ainda, conforme Gibbs (2009) preocupações tradicionais com qualidade sugerem que a pesquisa deve ser válida (captar com precisão o que está acontecendo), confiável (dar resultados coerentes) e generalizável (ser verdadeira para uma ampla variedade de circunstâncias).

Nesse sentido, nessa seção procurou – se analisar e interpretar os dados provenientes das entrevistas individuais em profundidade de acordo com o instrumento proposto, e, já descrito previamente, e ordenadamente, no Capítulo 3. Vale ressaltar, que tendo em vista que os entrevistados poderiam não ter o pleno conhecimento dos conceitos referente ao assunto pesquisado, foram elaborados cartões conceito contendo as definições constantes no Manual de Oslo (2005), os quais foram utilizados em todas as entrevistas realizadas, minimizando dispersões e suposições a respeito do assunto pesquisado, conforme APÊNDICE X. De igual forma, cabe ressaltar, que na ocasião das oficinas de treinamento realizadas aos cinco bolsistas – tutores, considerou – se as evidências de Koch e Hauknes (2005), que esclarecem que a inovação no setor público compreende a implantação de uma nova forma ou objetivos sociais por uma entidade no contexto dos objetivos e funcionalidades, caracterizados por uma natureza multifacetada e heterogênea em suas relações (BUGGE et al., 2010).

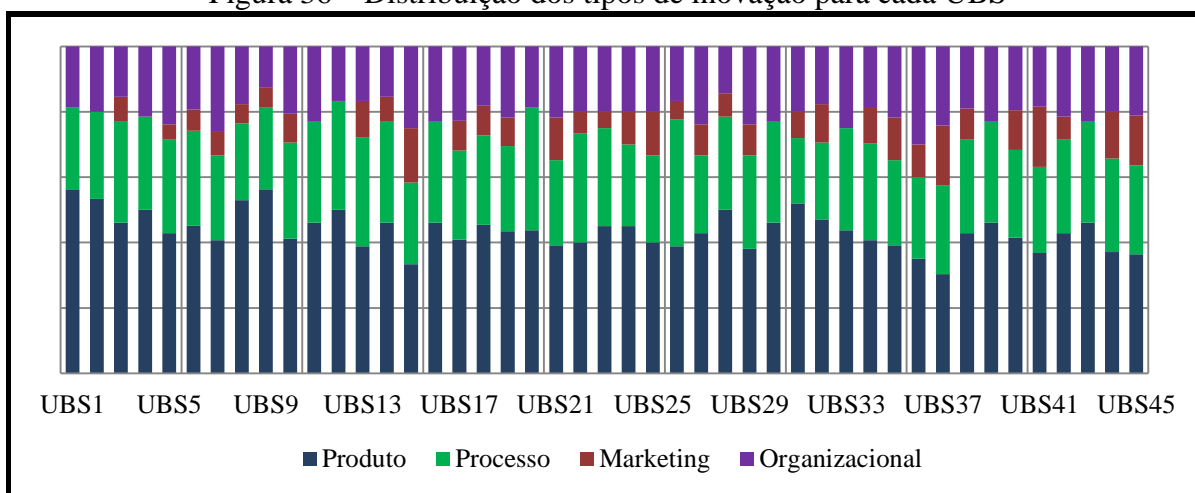
Assim, o objetivo dessa etapa foi identificar a tipologia da inovação, os processos de inovação desenvolvidos, bem como, os atores do processo. Essa etapa foi analisada sob a ótica do conjunto de UBS que representam a APS de Caxias do Sul (RS), preservando as peculiaridades de cada UBS, considerando o período de 2009 a 2012. Além disso, convém ressaltar, que na análise do material empírico, tivemos que realizar circunspeções no critério de avaliação, para algumas inovações, devido às características dos serviços, já, amplamente discutidas no Capítulo 2, e, que se revelaram, em alguns casos, com atributos e particularidades únicas e pontuais, dificultando a análise conjunta com as demais UBS, na tentativa de melhor organização dos dados.

Na sequencia, são apresentados os trechos de transcrição da entrevista que caracterizaram as inovações. Identificou – se cinquenta e seis inovações no total, sendo que dezoito foram inovações de produto (bem ou serviço) representando 32% do total de inovações, quinze inovações de processo representando 27% do total de inovações, onze

inovações de *marketing* e doze inovações organizacionais, representando, respectivamente, 21,5% e 19,5% do total de inovações. Ressalta – se que do total de inovações, treze inovações (23%) tiveram sua implantação em todas as UBS, as demais, ou seja, quarenta e três inovações (77%) foram introduzidas por uma, ou mais unidades, de acordo com suas distinções em ações e serviços prestados a sua população adscrita.

Quanto à distribuição de inovações encontradas por UBS, a Figura 36 representa a dimensão de produto, processo, *marketing* e organizacional, identificados para cada UBS.

Figura 36 – Distribuição dos tipos de inovação para cada UBS



Fonte: Elaboração própria.

5.2.1 Inovação de Produto (Bem ou Serviço)

Em relação ao tema inovação de produto, e, seguindo a análise proposta sobre o serviço de saúde, foram encontradas, no total, dezoito inovações para as 45 UBS. Dessas, cinco inovações ocorreram em todas as UBS, e treze inovações foram introduzidas em diferentes UBS, conforme demonstra a Figura 37.

Figura 37 – Identificação das inovações de produto

INOVAÇÕES DE PRODUTO	
Inovação	Identificado pela Unidade
1. Variedade de Exames Laboratoriais disponibilizados através das UBS	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
2. Novos produtos para curativos	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15,

	UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
3. Medicamentos Diferentes no Componente Básico	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
4. Tratamento da Hepatite C	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
5. Dietas Parenterais para Gastrostomia	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
6. Solicitação de exames de alta complexidade	UBS10, UBS40, UBS41, UBS44
7. Tratamento medicamentoso para o Pé Diabético	UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS13, UBS15, UBS16, UBS18, UBS19, UBS20, UBS23, UBS26, UBS31, UBS32, UBS34, UBS37, UBS40, UBS41, UBS44, UBS45
8. Procedimento de Drenagem de Abscesso	UBS6, UBS10, UBS21, UBS40
9. Programa de Ginástica com SMEL	UBS1, UBS2, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS17, UBS18, UBS19, UBS21, UBS27, UBS31, UBS34, UBS35, UBS37, UBS38, UBS40, UBS44, UBS45
10. Grupo de acolhimento e tratamento de acordo com o distúrbio de saúde	UBS1, UBS2, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS21, UBS27, UBS28, UBS31, UBS33, UBS34, UBS36, UBS37, UBS40, UBS41, UBS44, UBS45
11. Inclusão social por meio de capacitação e inserção no mercado de trabalho	UBS5, UBS6, UBS23, UBS32, UBS38, UBS40, UBS41
12. Serviço de Planejamento Familiar	UBS6, UBS10, UBS17, UBS34, UBS40, UBS41, UBS44, UBS45
13. Projeto Cheidi	UBS24, UBS41
14. Estratégia de Saúde Bucal	UBS6, UBS7, UBS10, UBS24, UBS31, UBS37, UBS38, UBS40, UBS41, UBS44
15. Estagiários de Fisioterapia	UBS1, UBS2, UBS4, UBS5, UBS7, UBS10, UBS18, UBS19, UBS21, UBS24, UBS31, UBS34, UBS35, UBS40, UBS44,

	UBS45
16. Estagiários de Nutrição	UBS6, UBS15, UBS17, UBS18, UBS19, UBS23, UBS27, UBS29, UBS31, UBS35, UBS40, UBS44
17. Profissional de Saúde nas UBS	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
18. Estágios técnicos de nível médio	UBS10, UBS29, UBS31, UBS37, UBS40, UBS41, UBS45

Fonte: Elaboração própria.

Essas inovações de produto estão distribuídas em três grandes grupos. O primeiro grupo correspondeu à introdução de produtos como exames, medicamentos e materiais, inseridos no contexto da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento para a cobertura de saúde das populações, e, obedeceu aos itens do um aos seis, da Figura 37.

Assim, no caso dos exames, as principais mudanças aconteceram no sentido de disponibilizar em termos de acesso, exames que eram feitos em laboratório centralizado como o da pesquisa de antígeno carcinoembrionário, espermograma, baciloscopia de diagnóstico e controle de tuberculose. Da mesma forma, a solicitação de exames de alta complexidade, disponibilizados a partir de uma hierarquia que, costumeiramente, era realizada, somente através das consultas especializadas. Os novos produtos de curativos compreendem material de maior qualidade para o procedimento das UBS, como gazes, pomadas, dentre outros.

Em relação à variedade de medicamentos introduzidos, corresponderam a fármacos que não estão na Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), oficializada pelo Ministério da Saúde (2010), como por exemplo, a ampicilina 500 mg em cápsula, formoterol 12 mcg em capsula inalante, levomepromazina 25 mg em comprimido, imipramina 25 mg em comprimido, dentre outros.

A introdução do tratamento de hepatite C estimulou a aderência do usuário à UBS, vinculando o médico infectologista, *in loco*, onde o controle é realizado, sistematicamente, na UBS. Da mesma forma a introdução de dietas parenterais para gastrostomia, financiadas, diretamente, com os recursos disponíveis para a UBS, a partir de prévia análise do usuário, pela equipe de profissionais da UBS.

O segundo grupo consistiu na introdução de novos serviços de acordo com as características sociais, culturais, econômicas e epidemiológica da população adscrita, correspondendo aos itens de sete ao catorze da Figura 37. Esses serviços foram ofertados a

partir de parcerias com outras instituições, de natureza pública, privada e organizações não governamentais (ONG). Um exemplo dessa parceria é o programa de ginástica com a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL), as capacitações dos usuários visando a empregabilidade, como no exemplo de profissionais do Polo de Moda da Serra Gaúcha e o Projeto Cheidi junto com a instituição Sociedade Amigos dos Animais de Caxias do Sul (RS) (Soama). Esse último, visando a proteção e cuidado com animais, no controle higiênico conduzindo a população de forma responsável, na posse dos animais.

Os demais serviços foram introduzidos de acordo com o conhecimento dos problemas e necessidade de saúde, da população adscrita das UBS, como o protocolo de acompanhamento médico do pé diabético provendo planejamento, controle no tratamento e resultados promissores em termos de menor tempo de cuidado. Outro exemplo, foi a introdução de drenagem de abcesso, costumeiramente, realizada no Pronto Atendimento (PA) de Caxias do Sul (RS).

Demais serviços também foram introduzidos nas UBS, e que não faziam parte do escopo, como os grupos de acolhimento diferenciado para os problemas de saúde dos usuários, provendo reabilitação em conjunto com diferentes áreas profissionais, como os grupos de incontinência urinária, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dentre outros. Por fim, a estratégia de saúde bucal, foi considerada uma inovação em produto, visto que para aquele ambiente das UBS, tratou – se de um novo serviço disponível para a população.

O terceiro grupo correspondeu a introdução de profissionais de nível superior, com diferentes tipos de formação, além de estagiários de nível acadêmico e técnico, provendo ingresso a novos serviços, correspondendo aos itens de quinze ao dezoito, da Figura 37. No caso de estagiários de fisioterapia e nutrição, ambos se consolidaram a partir do vínculo com instituições de ensino do município a fim de promoção de práticas de ensino. A partir desses estagiários, foram observadas diferentes iniciativas de demonstração de serviços na aderência e tratamento com a população.

Da mesma forma, a introdução de profissionais de saúde de diferentes formações, como a fonaudiologia, a psicologia e o serviço social, também possibilitou o acesso a novos serviços na UBS, vinculados, anteriormente, em outros níveis hierárquicos, como nas consultas especializadas. Por fim, a introdução de estagiários de nível técnico foi caracterizada como uma inovação de produto, pois não existia para o contexto da UBS. Esses profissionais foram responsáveis pela organização de fluxos de trabalho e cadastramento da

população adscrita com redefinição de situação cadastral de diversos usuários, contribuindo para identificação de fraudes e erros vinculados aos benefícios.

Analisando o documento do RENASES (BRASIL, 2012) algumas inovações de produto enquadram – se em ações e serviços dos componentes da atenção primária. Porém, outras inovações de produto encontradas, enquadram – se em componentes da urgência e emergência, da atenção ambulatorial especializada, da atenção psicossocial, da atenção especializada, da assistência odontológica especializada e da vigilância em saúde.

Embora, o regramento de acesso, do documento do RENASES (BRASIL, 2012) não mencione a APS, como o serviço de acesso livre ao usuário, para utilização, no 3º parágrafo, do 5º artigo, identificamos a flexibilidade no que tange a oferta de ações e serviços na incorporação e alteração de tecnologias em saúde, para complementação do RENASES, devendo os estados e municípios alertarem a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC) dos novos serviços ofertados em suas regiões. Maiores evidências dessas inovações surgirão no decorrer da análise dessa pesquisa.

Na Tabela 4, apresentamos o resumo das frequências de registros de análise por códigos para primeira categoria, ou seja, o motivador do acontecimento dessas inovações de produto, realizado, a partir, da contagem de registros de ausência ou ocorrência, para cada UBS conforme já especificado.

Ao considerarmos os grupos de inovações de produto, podemos destacar que todos os códigos tiveram referência. O código de maior referência para o motivador dessas inovações foi o de gestão (GES), seguido de demanda da população (DMP) e do motivador de informação e conhecimento em saúde (INK). Muitas menções foram encontradas, no texto, justificando a introdução de produtos como exames, medicamentos e material, como uma mobilização da estrutura gerencial da SMS de Caxias do Sul (RS), porém, entrelaçada, com intensa referência as necessidades identificadas na população adscrita no contexto da UBS, e, portanto, a referência à demanda da população.

Assim, seguimos o critério de preservação de exclusão mútua de Bardin (2006), em todas as análises, associando o achado ao primeiro código que correspondia à fala do entrevistado, como podemos observar nos trechos de transcrição de parte das inovações de produto do primeiro grupo:

(...) a possibilidade de efetuar a baciloscopia, aqui na UBS, para nossa população é um exemplo de inovação de produto, penso eu (...) o que acontecia é que esse trabalho era realizado em outras esferas (...) a preocupação maior é realizar uma rápida ação, ou o mais rápido possível, uma intervenção (...) para fazer essa rápida intervenção tu tem que diagnosticar rápido, e isso só acontece se tu tens o produto na

ponta (na UBS) para pegar o cara (...) isso foi uma visão muito boa da SMS, para todas as UBS para controlar (...) esse usuário provoca um gasto violento no hospital, então a secretaria (SMS) tá certa em rastrear logo (...) tinha cara que chegava aqui, e clinicamente tu sabe que tem todos os sinais e sintomas da tuberculose (...) tu acha que o usuário que não tem dinheiro vai para o centro (do município) para saber se tem tuberculose? (...) Óbvio que não, né? É mais fácil pra ele ficar pedindo remédio aqui na UBS para tratar a tosse, a febre de vez em quando (...) até que o usuário fica numa crise e vai a procura do PA (Pronto – Atendimento) (...) aí nós já perdemos esse usuário, vai para o hospital e sabe – se lá se vai ter alta e voltar para casa, tudo porque não se controlou, como eu disse, na ponta (...) daí vem a importância de saber quem tá ao teu redor, quem é teus usuários, quem frequenta o serviço da UBS (UBS10).

(...) tem medicamento que não tá no RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), mas nós temos a liberação nas UBS, que é o caso da levomepromazina (...) que serve para ansiedade e dor, é sedativo (...) nossa comunicação é muito boa com a farmácia (...) os agente (ACS) identificam muita gente em casa que precisava de um sedativo, aqueles pacientes com Alzheimer, limitados por AVC (Acidente Vascular Cerebral) então a partir da demanda do usuário, vemos coma farmácia o que é melhor e se pode ser feito (...) assim a farmácia lá na SMS consegue a liberação para ser distribuído aqui na UBS, o familiar vem pegar (...) (UBS40).

(...) tu fica maluco com caso que chega aqui (sobre gravidade de casos de doenças) (...) o médico não quer saber, tem muito profissional bem instruído (...) temos um médico que trabalha na cirurgia do Pompéia (Hospital) (...) aí para agilizar o atendimento conseguimos junto a SMS a liberação dos pedidos (...) fora que tem muito paciente acamado, em casa, não vai conseguir comparecer na UBS, no PA, para pedir exame (...) o médico da família para não ter que esperar anos em fila de coisa urgente (...) já reclamou lá na secretaria (SMS) (...) e aí surgiu a partir dessa demanda (atendimento da população através da ESF) (UBS 44).

No segundo grupo de inovações de produto, relacionadas à introdução de serviços, obtivemos menção aos códigos de humanização (HZA), informação e conhecimento em saúde (INK) e gestão (GES). Esses serviços introduzidos acabavam por mobilizar os servidores da saúde, juntamente, aos aspectos das características de suas populações para promoção de inclusão social por meio de capacitações para o trabalho, o que para os entrevistados, caracterizava – se como uma humanização, ou seja, a capacidade de criação de melhores condições de vida para a população (BRASIL, 2012).

Além disso, observamos na entrevista, que juntamente, com esse código, surgia a menção da mobilização de informação e conhecimento em saúde, onde pressupomos que para que essas inovações pudessem se consolidar, tornava – se necessário uma comunicação eficaz com a população adscrita para ocorrência de aderência à proposta de serviço de cada UBS, conforme preconiza Mendes (2007), como no caso da introdução do serviço de acolhimento específico por grupo de doença. Abaixo, observamos os trechos de transcrição:

Tabela 4 – Resumo da frequência de códigos para categoria motivador (causa) nas 45 UBS da Inovação de Produto

Inovação de Produto																	
Grupo 1																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
GES	24	56	GES	16	38	GES	14	35	GES	7	19,5	GES	6	17,5	GES	0	0
DMP	15	35	DMP	8	19	DMP	16	40	DMP	1	3	DMP	5	15,5	DMP	0	0
INK	0	0	INK	11	26	INK	4	10	INK	16	44,5	INK	0	0	INK	0	0
AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	10	29	AGA	3	60
APO	4	9	APO	7	16	APO	6	15	APO	9	25	APO	13	38	APO	2	40
COR	0	0	COR	0	0	COR	0	0	COR	3	8	COR	0	0	COR	0	0
HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0

Inovação de Produto																							
Grupo 2																							
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12			Inovação 13			Inovação 14		
Cód.	Reg	%*	Cód.	Reg	%*	Cód.	Reg	%*	Cód.	Reg	%*	Cód.	Reg	%*	Cód.	Reg	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
GES	5	27	GES	1	25	GES	0	0	GES	8	44	GES	0	0	GES	1	17	GES	0	0	GES	7	70
DMP	9	50	DMP	3	75	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0
INK	0	0	INK	0	0	INK	9	75	INK	0	0	INK	2	29	INK	5	83	INK	2	100	INK	0	0
AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0
APO	4	22	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	3	30
COR	0	0	COR	0	0	COR	0	0	COR	1	6	COR	0	0	COR	0	0	COR	0	0	COR	0	0
HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	3	25	HZA	9	50	HZA	5	71	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0

Inovação de Produto											
Grupo 3											
Inovação 15			Inovação 16			Inovação 17			Inovação 18		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
GES	10	62	GES	9	75	GES	16	57	GES	4	57
DMP	3	19	DMP	2	17	DMP	9	32	DMP	0	0
INK	3	19	INK	0	0	INK	3	11	INK	3	43
AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0
APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0
COR	0	0	COR	1	8	COR	0	0	COR	0	0
HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0

Fonte: Elaboração Própria.

(*) Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

(...) nós criamos aqui na UBS, grupos de acolhimento específico (...) tem o da incontinência (urinária) que surgiu com a fisioterapia, o grupo do tabagismo, também (...) porque não adianta só fazer a consulta desses usuários (...) eles largam o tratamento (...) nós pensamos que eles têm que se sentir amparados e se identificarem com outros usuários que tem o mesmo problema (...) assim se tornam mais fortes e até o vínculo com a unidade se torna mais forte, né (...) o resultado é muito positivo (UBS 37).

(...) temos uma atividade de identificar e encaminhar usuários para se qualificarem numa mão de obra específica (...) é uma articulação que visa uma capacitação de usuários através do Polo da Moda (Polo da Moda da Serra Gaúcha) (...) como no caso de mão de obra para costura industrial (...) o município é carente de mão de obra (...) as condições dos usuários interferem diretamente no seu processo de saúde e doença (...) um grande número de usuários vivenciam um contexto de vulnerabilidade social (...) cabe a nós da UBS identificarmos isso também (...) o cara que tá trabalhando corre menos risco de ficar depressivo (...) isso é humanização para os trabalhadores (UBS 38).

(...) instituímos o projeto Cheidi (...) na verdade é uma conscientização e identificação das famílias que possuem animal de estimação (...) sobre cuidados de saúde (...) instituir uma posse responsável (...) e viabilizar o tratamento através de parcerias como o Soama (Sociedade Amigos dos Animais) (...) temos casos de usuários que vem com bebês com dermatites que não sabemos, as vezes identificar de onde vem (...) provavelmente, é das más condições de higiene, também provocada pelo animais de estimação (...) os usuários tem agora aderindo a proposta (...) é informação que se leva para os usuários (UBS 24).

O terceiro grupo que correspondeu a introdução de profissionais com diferentes tipos de formação e também de estagiários obteve uma menção significativa do código de gestão (GES) seguido de informação e conhecimento em saúde (INK). Pressupomos que o caráter de organização com instituições de ensino, a fim de estabelecerem uma prática de ensino e pesquisa sejam viabilizadas através da gestão da SMS. Além disso, é através da capacidade de recursos humanos e financeiros definidos pela gestão da SMS, que se definem a alocação de profissionais de saúde de diferentes áreas (MENDES, 2007), e, portanto, vinculados a menção do código de gestão. A seguir, um resumo de trechos da transcrição:

(...) sob a condição de tratamento e acompanhamento de dietas na população com fatores de risco (...) provocamos junto a secretaria (SMS) a introdução dos estagiários de nutrição (...) não existia, e o médico não tinha como conduzir essa parte (...) é essencial essa atividade da nutrição, principalmente no controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão (...) em inovação de serviço, os estagiários de nutrição (...) os professores tutores de estágio supervisionam, mas no dia – dia são eles que conduzem o acompanhamento do paciente (...) eles desenvolvem novas ideias e implementações (...) eles influenciam as mudanças (...) a necessidade foi aceita pela secretaria (SMS) (UBS6).

(...) temos como inovação de produto o serviço de psicologia (...) introduzimos o profissional que presta essa atividade (...) foi muito evidente junto a secretaria (SMS) que tinha que ter na UBS (...) com o profissional de psicologia, conseguimos a manutenção de programas de apoio contra a depressão na população carente (...) (UBS12).

Nas tabelas 5, 6, 7 e 8 apresentamos o resumo dos demais códigos evidenciados na análise da transcrição das entrevistas.

A categoria da análise de estado e condição, ou seja, como as inovações foram introduzidas, considerava os recursos utilizados para viabilização da mudança e melhoria, o código de maior menção para os três grupos que compõem as inovações de produto foi o da análise local a partir dos servidores e população (ANL), ampliação da estrutura física, material e pessoal (AES) e certificação em relação as leis, normais e portarias (CER). Conforme ressalta Gauld et al. (2012), a unidade de atendimento que fica mais próxima da população, ou seja, o primeiro contato, estabelece vínculos e conhecimento acerca dos principais problemas de saúde que aquela população apresenta. Assim, os recursos utilizados na mudança de um serviço ofertado parte da relação profissional e usuário.

Abaixo, evidenciam – se trechos das transcrições das entrevistas.

(...) tínhamos (os servidores) realizado um levantamento de famílias cadastradas na UBS (...) aquelas que apresentam até três filhos e renda familiar abaixo de dois salários mínimos (...) se não tem a informação e não ficar batendo na mesma tecla muitas vezes sobre planejamento familiar, não há solução (...) geralmente o casal participa do acolhimento na UBS (...) uma vez a cada 15 dias (...) recebe todas as instruções e material para evitar uma condição que ele não suporta com aquilo que ganha (...) (UBS34).

(...) antes era tudo atrasado (...) quando o serviço (serviço social) estava em consultas especializadas (...) identificávamos uma criança com maus tratos, filho de pais drogados, geralmente, né, e aí até que o serviço social processasse a informação aquela situação já estava insustentável (...) ai a secretaria (SMS) viu que podia manter esses profissionais, diretamente, na UBS (...) então surgiu dos recursos da secretaria (SMS) (...) avaliando as normas locais e federais além das portarias que sustentam essa atividade (do serviço social) (...) (UBS29).

(...) não dá para ficar sem o recurso (...) através de nossos médicos capacitados, né, mas também do material para fazer, o instrumento e a própria estrutura física para atendimento desses casos, dos, dos, há abscesso (...) procedimento que só era realizado via marcação de consultas para o serviço lá de consulta especializadas (...) foi, totalmente, novo para a comunidade local (...) (referindo – se ao procedimento de drenagem de abscesso) (UBS21).

Na Tabela 6, evidenciamos que na categoria setores e locais na introdução dessas inovações de produto, ou seja, onde foram implantadas, a principal menção foi ao código para a população (POU) representando os maiores percentuais em dez das dezoito inovações de produto. Subsequentemente, o código de segunda maior menção de ocorrência foi na UBS (NAU) e, por último na SMS (SAU).

Tabela 5 – Resumo da frequência de códigos para categoria estado/condição (como) nas 45 UBS da inovação de produto

Inovação de Produto																				
Grupo 1																				
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6					
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*			
AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	6	32	AQT	0	0			
AES	0	0	AES	12	100	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0			
ANL	13	100	ANL	0	0	ANL	21	100	ANL	7	44	ANL	12	63	ANL	4	100			
CER	0	0	CER	0	0	CER	0	0	CER	9	56	CER	1	5	CER	0	0			

Inovação de Produto																							
Grupo 2																							
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12			Inovação 13			Inovação 14		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Re	%*	Cód.	R	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
AQT	0	0	AQT	1	35	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	2	20
AES	3	16	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0
ANL	16	84	ANL	2	66	ANL	14	87	ANL	10	100	ANL	3	100	ANL	6	86	ANL	2	100	ANL	5	50
CER	0	0	CER	0	0	CER	2	13	CER	0	0	CER	0	0	CER	1	14	CER	0	0	CER	3	30

Inovação de Produto											
Grupo 3											
Inovação 15			Inovação 16			Inovação 17			Inovação 18		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
AQT	0	0	AQT	1	9	AQT	0	0	AQT	0	0
AES	8	80	AES	9	82	AES	13	68	AES	7	87
ANL	2	0	ANL	0	0	ANL	6	0	ANL	0	0
CER	0	20	CER	1	9	CER	0	33	CER	1	13

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 6 – Resumo da frequência de códigos para categoria setores/local (onde) nas 45 UBS da inovação de produto

Inovação de Produto																	
Grupo 1																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
NAU	0	0	NAU	9	43	NAU	12	43	NAU	6	27	NAU	9	27	NAU	3	75
POU	12	92	POU	12	57	POU	13	36	POU	14	63	POU	21	63	POU	1	25
SAU	1	8	SAU	0	0	SAU	3	11	SAL	2	9	SAU	3	9	SAU	0	0

Inovação de Produto																							
Grupo 2																							
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12			Inovação 13			Inovação 14		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Re	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
NAU	2	72	NAU	1	25	NAU	0	0	NAU	4	14	NAU	0	0	NAU	9	75	NAU	2	100	NAU	6	75
POU	7	78	POU	3	75	POU	10	100	POU	12	86	POU	6	86	POU	3	25	POU	0	0	POU	2	25
SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	1	14	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0

Inovação de Produto											
Grupo 3											
Inovação 15			Inovação 16			Inovação 17			Inovação 18		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
NAU	10	77	NAU	9	75	NAU	12	50	NAU	4	67
POU	3	23	POU	3	25	POU	3	13	POU	2	33
SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	9	37	SAU	0	0

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 7 – Resumo da frequência de códigos para categoria extensão nas 45 UBS da inovação de produto

Inovação de Produto																	
Grupo 1																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0
INC	19	100	INC	10	100	INC	15	100	INC	19	100	INC	12	100	INC	13	100

Inovação de Produto																							
Grupo 2																							
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12			Inovação 13			Inovação 14		
Cód.	Re	%*	Cód.	Re	%*	Cód.	Re	%*	Cód.	Re	%*	Cód.	Re	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Re	%*	Cód.	Reg.	%*
RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0
INC	12	100	INC	4	100	INC	9	100	INC	12	100	INC	7	100	INC	8	100	INC	2	100	INC	10	100

Inovação de Produto											
Grupo 3											
Inovação 15			Inovação 16			Inovação 17			Inovação 18		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0
INC	7	100	INC	10	100	INC	18	100	INC	6	100

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 8 – Resumo da frequência de códigos para categoria novidade nas 45 UBS da inovação de produto

Inovação de Produto																	
Grupo 1																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
MER	12	57	MER	10	62	MER	20	83	MER	19	76	MER	3	100	MER	13	72
ORG	9	43	ORG	6	38	ORG	4	17	ORG	6	24	ORG	0	0	ORG	6	28

Inovação de Produto																							
Grupo 2																							
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12			Inovação 13			Inovação 14		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
MER	12	80	MER	2	50	MER	10	71	MER	12	92	MER	3	43	MER	5	84	MER	1	50	MER	7	100
ORG	3	10	ORG	2	50	ORG	4	29	ORG	1	8	ORG	4	57	ORG	1	16	ORG	1	50	ORG	0	0

Inovação de Produto											
Grupo 3											
Inovação 15			Inovação 16			Inovação 17			Inovação 18		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
MER	8	80	MER	6	100	MER	21	100	MER	0	0
ORG	2	20	ORG	0	0	ORG	0	0	ORG	6	100

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Isso revela que no aspecto de análise da produção do serviço, essa, é determinada, no contato entre o usuário e a organização, ou seja, no preciso momento em que o prestador do serviço e o usuário interagem (MILES, 2005), determinando, portanto o local onde o serviço se consolida que, para essa análise, definiu – se com maior evidência, para a população.

Na Tabela 7, identificamos a intensidade e a extensão da mudança causada para o alcance da inovação. Para todas as inovações encontradas e analisadas obtivemos uma classificação a partir de incrementos gradativos e sequenciais (GALLOUJ, 2002), não encontrando menção ao código de extensão radical.

Na Tabela 8, que compreende o resumo de ocorrência dos códigos para o grau de novidade das inovações de produto, encontramos na análise do conjunto uma homogeneidade em termos de resposta para o código de novidade para o mercado (MER), e para organização (ORG), no caso as UBS. Nessa categoria, mais uma vez, foi possível identificar evidências da indissociabilidade da produção e consumo do serviço, ou seja, o usuário solicita a intervenção ativamente para que o prestador utilize suas capacidades em seu favor (GADREY, 2001) determinando assim a natureza da análise de serviços.

5.2.2 Inovação de Processo

No tema inovação de processo, foram encontradas, quinze inovações no total das 45 UBS. Dessas, quatro inovações ocorreram em todas as UBS, e onze inovações foram introduzidas em diferentes UBS, conforme demonstra a Figura 38.

Figura 38 – Identificação das inovações de processo

INOVAÇÕES DE PROCESSO	
Inovação	Identificado pela Unidade
1. Investimento de Cadeira Ginecológica	UBS6, UBS10, UBS17, UBS20
2. Aquisição de Instrumentos	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
3. Turnos adicionais de Visitas Domiciliares por agentes da ESF	UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS10, UBS13, UBS15, UBS16, UBS18, UBS19, UBS23, UBS26, UBS27, UBS31, UBS34, UBS35, UBS37, UBS38, UBS40,

	UBS41, UBS44, UBS45
4. Matriciamento em Saúde Mental	UBS5, UBS10, UBS22, UBS29, UBS33, UBS37, UBS38, UBS40, UBS41, UBS45
5. Controle de Demanda Espontânea de Atendimentos	UBS6, UBS7, UBS8, UBS10, UBS13, UBS15, UBS18, UBS19, UBS23, UBS26, UBS34, UBS35, UBS37, UBS40, UBS41, UBS44, UBS45
6. Exame de Mamografia para toda População Feminina da UBS	UBS20, UBS40, UBS41, UBS44
7. Controle Citopatológico para toda População Feminina da UBS	UBS37, UBS40, UBS45
8. Coleta de Exames Laboratorial Domiciliar	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
9. Descentralização da Insulina	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
10. Dispensação de Medicamentos de Uso contínuo fracionada em sacos para os pacientes Hipertensos e Diabéticos com Adesivos de Quantidade e Intervalo de Dose	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
11. Horário Estendido de Abertura da UBS – Programa Saúde do Trabalhador	UBS6, UBS10
12. Monitoração de diabético insulino dependente quanto à aplicação e descarte de material perfuro cortante	UBS21, UBS37, UBS44
13. Educação Nutricional para Merenda Escolar com apoio da Secretaria Municipal da Educação (SME)	UBS6, UBS7, UBS10, UBS17, UBS29, UBS34, UBS36, UBS40, UBS41, UBS44
14. Programa de Educação e Trabalho (PET)	UBS24, UBS40, UBS41, UBS44, UBS45
15 Educação em Fisioterapia nas ONG dos bairros para inclusão de tratamento em UBS	UBS21, UBS34, UBS45

Fonte: Elaboração própria.

Ao considerarmos a definição de inovação de processo de acordo com o Manual de Oslo (2005), com o que foi encontrado no material empírico, identificamos elementos que mobilizam e modificam a coordenação da produção do serviço que incluem mudanças significativas, para o contexto da UBS, em relação a técnicas e equipamentos.

Um exemplo são as duas primeiras inovações que compreendem a adição de um equipamento no método de produção de um serviço. Temos a inovação na aquisição de instrumentos como a autoclave, que possibilitou as UBS assumirem a esterilização de todo o material utilizado, ao contrário do processo, realizado, anteriormente, onde esse material era coletado em cada UBS e encaminhado para local de esterilização, gerando atrasos de entrega e perda de instrumento.

As inovações de processo enumeradas do três ao doze compreendem mudanças significativas em técnicas no método de produção do serviço, deslocando atividades e funções para a UBS, local da consolidação efetiva do serviço prestado. Com isso, temos, como exemplo, o caso da coleta de exames laboratoriais, no domicílio, conduzindo toda a estrutura de coleta de materiais para casa do paciente, evitando o deslocamento do paciente para outros estabelecimentos, e minimizando o elevado absenteísmo, por razões financeiras atreladas ao usuário, e descontinuidade no tratamento de saúde. Outra inovação de processo encontrada foi a regulação de turnos adicionais de visitas domiciliares pela ESF, determinado um controle sistemático daquelas necessidades especiais da população da UBS, atualmente realizada com auxílio de cinco carros e um serviço de atendimento domiciliar (SAD) através de ambulância.

O matriciamento em saúde mental foi identificado por dez UBS como uma inovação de processo. Duas ou mais equipes de diferentes formações profissionais, na UBS, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico – terapêutica numa espécie de projeto na abordagem com a família sobre transtornos mentais do paciente. Costumeiramente, essa atividade era deslocada de forma individual, hierarquicamente, para as consultas especializadas do município de Caxias do Sul (RS). Em função dessa mudança, conforme a análise dos relatos da entrevista ocorreu uma aderência na participação recorrente do paciente, bem como, da família, responsável pela condução das ações no cotidiano. Da mesma forma, a condução por equipe multidisciplinar permitiu um controle efetivo sobre as condições do indivíduo persistente ao tratamento através de diversos profissionais matriciadores como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros de saúde mental, dentre outros.

O controle de demanda espontânea de atendimentos foi caracterizado como uma inovação de processo, apresentando indicadores oficiais de bom percentual na demanda espontânea, de cerca de 20 a 25%, considerado por Brasil (2011) nos modelos de gestão da APS. O processo se caracteriza pela educação continuada e persistente da população adscrita da UBS determinando os fluxos de atendimento e também as condições de procura do serviço. Outro elemento, incluído no método de produção do serviço foi uma etapa da triagem através de grupo de enfermagem, onde ocorre uma designação da gravidade do atendimento.

As inovações de processo treze, catorze e quinze correspondem, também, em mudanças de técnicas na produção do serviço, e, possuem elementos vinculados nesse processo, na associação e coordenação com outras instituições, como no caso do PET, onde a articulação com a Universidade de Caxias do Sul possibilitou a criação do conhecimento prático, na implantação de recursos e padrões novos ou significativamente melhorados na produção do serviço de saúde. Nesses casos, mais uma vez, identificamos a estrutura da produção de serviço sendo deslocada, para o espaço da população.

Na tabela 9, apresentamos o resumo das frequências de registros de análise por códigos para primeira categoria, ou seja, o motivador do acontecimento dessas inovações de processo. Ao considerarmos os grupos de inovações de processo, podemos destacar que todos os códigos tiveram referência. O código de maior referência para o motivador dessas inovações, ou seja, a necessidade de mudança dessa conduta foi o da coordenação do serviço (COR), seguido da gestão (GES) e demanda da população (DMP). Importante ressaltar, que, novamente, trabalhamos o critério de preservação de exclusão mútua de Bardin (2006), e, dessa forma, na análise das transcrições, alguma interpretação pode ter conexão com outro código. Observamos o resumo de alguns trechos da transcrição na análise do motivador dessas inovações:

(...) acontece que a prevalência de câncer era enorme aqui na população, (...) então na questão da saúde da mulher vejo uma grande melhoria (...) fora, né, que tem muitas mulheres que não tem noção da necessidade desse periódico (...) os dados da secretaria (Secretaria Municipal de Saúde) de câncer de mama são assustadores (...) quando elas vêm consultar para clínico ou ginecológico, todas elas fazem o exame da mamografia (...) é, é, há, uma questão de coordenação (...) qual o papel primário? Fazer a prevenção (...) depois o usuário se encosta no INSS, perde qualidade de vida (...) aumenta tudo, medicamentos, problemas, tudo pra enfrenta o câncer (...) é mais gasto depois para secretaria (Secretaria Municipal de Saúde) (...) então vimos aqui que a questão é de organizar, é de prevenir, é de coordenar para que o problema não estoure aí na frente (...) (UBS20).

(...) sem controle nenhum (...) uma bagunça total, às vezes não vinha a insulina que se pedia para a UBS (...) não queriam liberar da farmácia, porque não tinha estrutura para manter aqui, a insulina (...) fora a responsabilidade do paciente, ele não ia na central (Farmácia Central) pegar (...) as vezes é por falta de dinheiro pra

passagem, mas muito é da falta de compromisso (...) depois internam tudo mal porque não fizeram uso correto (...) veio para coordenar o serviço, organizar, né (...) dá um controle maior (...) no estoque que tenho na geladeira vejo direitinho que são aqueles pacientes que não vieram pegar (...) agora é mais fácil do agente (Agente Comunitário da Saúde) levar a insulina para o paciente acamado (...) sim, tinha que deixar na responsabilidade do paciente ir pegar na central (Farmácia Central), o ACS (Agente Comunitário da Saúde) não ia fazer esse serviço, né (...) (UBS15).

(...) vamos lá, a grande maioria dos trabalhadores de Caxias (Caxias do Sul) é tudo metalúrgico, a grande massa trabalha das sete e meia as cinco, quem é que vai encontrar aberta (a UBS) (...) não, era evidente, isso tinha que se coordenar (...) vamos trabalhar para quem, assim? (...) a minha população é 70% trabalhador de fábrica (...) vêm muita, mas muita gente nesse horário (das 17h as 21hs) (...) até quem podia vir em horário normal (...) se é saúde para o povo, tem que acompanhar, ter flexibilidade (...) a secretaria (SMS) viu que deu certo (...) (UBS6).

(...) uma delas é a questão do atendimento ginecológico (...) temos muitas pacientes idosas e até mesmo as obesas (...) aquelas com dificuldade motora (...) se beneficiaram da compra da cadeira ginecológica (...) melhora o atendimento, antes era na maca comum, mesmo (...) o médico trabalha melhor (...) foi recorrente a queixa para secretaria (SMS) (...) batendo na tecla, precisamos de cadeira ginecológica para atender as pacientes (...) ainda não são todas as UBS que tem né, mas o investimento da secretaria (SMS) vai acontecer (...) (UBS10).

Na tabela 10, 11, 12 e 13 apresentamos o resumo dos demais códigos evidenciados na análise da transcrição das entrevistas para inovações de processo. A categoria da análise de estado e condição, ou seja, como as inovações foram introduzidas, resultou na menção mais frequente do código análise local a partir dos servidores e população (ANL), presente em oito das quinze inovações, seguido por ampliação de estrutura física, material e pessoal (AES) e aquisição de tecnologia (AQT), como observamos na Tabela 10.

Nota – se que a utilização dos recursos, elencados a partir dessa categoria, para resultar nas inovações de processo, partiu, justamente, dos servidores e da população que estão envolvidos na produção do serviço de saúde. Ou seja, observamos claramente, quando Gradey (1994) afirma que a relação de serviço que resulta em mudanças, melhorias e até mesmo em inovações, envolve as interações diretas que se dão ao longo do processo produtivo, o qual tem a participação do cliente como elemento essencial. A seguir, apresentamos trechos transcritos, em relação a essa categoria:

(...) uma mudança foi o descarte de resíduos utilizado nos insulínica independente na diabetes (...) porque como foi descentralizada a insulina, os pacientes, mensalmente, vem buscar (...) os pacientes nos pediam onde colocar fora (...) surgiu a ideia e implantamos (...) é dado um kit mensal tem seringas, agulhas e frascos (...) nesse momento após efetuarmos o recolhimento dos resíduos é entregue o novo kit mensal (...) entregamos uma caixinha de papelão própria para descarte perfuro cortante (...) garantimos o manuseio seguro, acondicionamento, transporte adequado e informação em boas práticas ambientais (...) veio da necessidade local (...) extremamente gratificante pois muitos pacientes estão em zonas de pobreza e de grande vulnerabilidade social mas aderem a proposta (...) (UBS44).

Tabela 9 – Resumo da frequência de códigos para categoria motivador (causa) nas 45 UBS da inovação de processo

Inovação de Processo																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
GES	2	50	GES	28	90	GES	1	7	GES	0	0	GES	0	0	GES	2	10
DMP	2	50	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0
INK	0	0	INK	0	0	INK	0	0	INK	0	0	INK	1	6	INK	0	0
AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	2	14	AGA	2	20	AGA	0	0	AGA	4	19
APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0
COR	0	0	COR	3	10	COR	11	79	COR	8	80	COR	13	76	COR	15	71
HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	3	18	HZA	0	0
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
GES	0	0	GES	0	0	GES	3	8	GES	9	22	GES	8	31	GES	0	0
DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	7	18	DMP	6	15	DMP	4	15	DMP	0	0
INK	1	25	INK	0	0	INK	0	0	INK	0	0	INK	0	0	INK	3	100
AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0
APO	0	0	APO	0	0	APO	2	5	APO	6	15	APO	0	0	APO	0	0
COR	3	75	COR	3	100	COR	26	68	COR	20	49	COR	14	54	COR	0	0
HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0
Inovação de Processo																	
Inovação 13			Inovação 14			Inovação 15											
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*									
GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0									
DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0									
INK	6	60	INK	5	100	INK	3	100									
AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0									
APO	3	30	APO	0	0	APO	0	0									
COR	1	10	COR	0	0	COR	0	0									
HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0									

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

(...) a ideia é simples (...) surgiu da necessidade da população com ação dos servidores (...) o maior percentual de retirada de medicamentos na UBS estão nesse grupo de hipertensos e diabéticos (...) tem que ter controle (...) grande parte deles (os pacientes) tem mais de 50 anos (...) retirava o total para o mês e ia embora (retirada dos medicamentos mensais pelo paciente) (...) não tinha garantia que tomava, não tinha garantia que usava corretamente, não tinha garantia que não era para outro, né, que isso tinha um monte até a informatização (falando das irregularidades na entrega e uso dos medicamentos) (...) aí se fracionou a entrega de acordo com o uso (...) entregamos os saquinhos para o mês com adesivos da quantidade e intervalo para tomar (...) ganhou o paciente, na, na qualidade, segurança, né e ganhou a secretaria (SMS) distribuindo de forma ordenada, com mínimo de perda de medicamentos, por vencimento (...) (UBS 31).

(...) pelo território, Caxias (Caxias do Sul) tem uma extensão geográfica grande além do tipo de relevo (...) tinha que ter mais visitas domiciliares da estratégia (ESF) (...) instituímos tipo um POP (Procedimento Operacional Padrão) para conseguir coordenar todas as visitas (...) tem paciente que depende de tudo a domicílio, grande vulnerabilidade de saúde (...) a estratégia (ESF) tem que estar mais presente nesses casos (...) assegurando um atendimento de qualidade e, há até mesmo assegurar o funcionário que a executa (...) (UBS14).

Na categoria de onde essas inovações de processo ocorreram, conforme Tabela 11, observamos uma maior menção de incidência para a UBS (NAU) em dez das quinze inovações, seguidas por quatro menções que ocorreram na população (NAU), o código na SMS (SAU) não teve nenhuma menção para essa etapa. Ao considerarmos o conjunto de análise, em que grande parte das UBS apresentou como motivadores a coordenação do serviço (COR) torna – se plausível identificar que o setor ou local de consolidação dessa melhoria tenha sido na UBS, embora, seja evidente que o objetivo final seja a qualidade do serviço prestado para a população. Na Tabela 12, identificamos a intensidade e a extensão da mudança causada para o alcance da inovação de processo com menção de ocorrência de todas as inovações para incremental (INC).

Na Tabela 13, que compreende o resumo de ocorrência dos códigos para o grau de novidade das inovações de processo, encontramos apenas duas maiores menções de ocorrência para o código mercado (MER) que se referem às inovações de educação nutricional para merenda escolar com apoio da SME, e, educação em fisioterapia nas ONG dos bairros para inclusão de tratamento em UBS de pacientes com déficits motores que podem se beneficiar da manutenção em longo prazo de um tratamento. Duas inovações (inovação dez e doze) foram consideradas mudanças novas introduzidas para o mercado e para organização. As demais inovações tiveram a sua maior ocorrência para o código de novidade para organização (ORG) representando mudanças no contexto institucional.

Tabela 10 – Resumo da frequência de códigos para categoria estado/condição (como) nas 45 UBS da inovação de processo

Inovação de Processo																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
AQT	4	100	AQT	31	100	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0
AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0
ANL	0	0	ANL	0	0	ANL	13	76	ANL	7	88	ANL	13	100	ANL	3	100
CER	0	0	CER	0	0	CER	4	24	CER	1	13	CER	0	0	CER	0	0

Inovação de Processo																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0
AES	0	0	AES	10	60	AES	12	50	AES	8	28	AES	4	33	AES	0	0
ANL	3	75	ANL	4	40	ANL	3	13	ANL	18	62	ANL	5	42	ANL	2	100
CER	1	25	CER	0	0	CER	9	38	CER	3	10	CER	3	25	CER	0	0

Inovação de Processo								
Inovação 13			Inovação 14			Inovação 15		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0
AES	0	0	AES	0	0	AES	3	100
ANL	6	86	ANL	0	0	ANL	0	0
CER	1	14	CER	5	100	CER	0	0

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 11 – Resumo da frequência de códigos para categoria setores/local (onde) nas 45 UBS da inovação de processo

Inovação de Processo																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
NAU	4	100	NAU	12	86	NAU	6	33	NAU	8	80	NAU	9	53	NAU	2	67
POU	0	0	POU	1	7	POU	12	67	POU	2	20	POU	8	47	POU	1	33
SAU	0	0	SAU	1	7	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0

Inovação de Processo																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
NAU	2	50	NAU	9	100	NAU	31	84	NAU	22	65	NAU	7	27	NAU	2	100
POU	2	50	POU	0	0	POU	6	16	POU	12	35	POU	19	73	POU	0	0
SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0

Inovação de Processo								
Inovação 13			Inovação 14			Inovação 15		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
NAU	1	13	NAU	4	80	NAU	0	0
POU	7	88	POU	1	0	POU	3	100
SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 12 – Resumo da frequência de códigos para categoria extensão nas 45 UBS da inovação de processo

Inovação de Processo																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0
INC	4	100	INC	33	100	INC	8	100	INC	7	100	INC	9	100	INC	3	100
Inovação de Processo																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	1	0
INC	3	100	INC	3	100	INC	12	100	INC	16	100	INC	15	100	INC	1	100
Inovação de Processo																	
Inovação 13			Inovação 14			Inovação 15											
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*									
RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0									
INC	6	100	INC	3	100	INC	3	100									

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 13 – Resumo da frequência de códigos para categoria novidade nas 45 UBS da inovação de processo

Inovação de Processo																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
MER	0	0	MER	4	18	MER	4	40	MER	0	0	MER	1	11	MER	1	33
ORG	4	100	ORG	18	82	ORG	6	60	ORG	7	100	ORG	8	89	ORG	6	67
Inovação de Processo																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
MER	1	25	MER	1	33	MER	9	23	MER	16	50	MER	21	48	MER	1	50
ORG	3	75	ORG	2	67	ORG	31	78	ORG	16	50	ORG	23	52	ORG	1	50
Inovação de Processo																	
Inovação 13			Inovação 14			Inovação 15											
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*									
MER	7	88	MER	5	100	MER	3	100									
ORG	1	33	ORG	0	0	ORG	0	0									

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

5.2.3 Inovação de *Marketing*

Foram doze inovações de *marketing* identificadas nas 45 UBS. Todas as inovações foram introduzidas, a partir de ações de diferentes UBS, conforme demonstra a Figura 39.

Figura 39– Identificação das inovações de *marketing*

INOVAÇÕES DE MARKETING	
Inovação	Identificado pela Unidade
1. Associação com Instituições Religiosas para Divulgação de Serviços	UBS15, UBS29, UBS37, UBS40, UBS41, UBS42, UBS44
2. Educação em Empresas – Saúde do Trabalhador	UBS31, UBS37, UBS41, UBS44
3. Ação de profissionais de nível Superior em escolas para educação e captação de usuários	UBS6, UBS7, UBS10, UBS21, UBS27, UBS34, UBS37, UBS40, UBS41, UBS44, UBS45
4. Utilização de pesquisas com Conselho Local de Saúde da população para identificação de deficiências	UBS15, UBS17, UBS18, UBS21, UBS32, UBS37
5. Ação de ACS com grupo de pacientes	UBS34
6. Trabalho com a Comunidade	UBS40, UBS41
7. Rádio Divulgação de Serviços na UBS	UBS40
8. Ouvidoria na UBS	UBS3, UBS8, UBS9, UBS13, UBS14, UBS15, UBS29, UBS35
9. Folder do Funcionamento dos serviços e de zonas de risco epidemiológico do território da UBS	UBS5, UBS6, UBS7, UBS10, UBS13, UBS15, UBS18, UBS19, UBS21, UBS23, UBS24, UBS25, UBS27, UBS31, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS40, UBS41, UBS44, UBS45
10. Folder com Mapa da unidade para orientação dos pacientes	UBS10, UBS17, UBS19, UBS22, UBS24, UBS25, UBS26, UBS28, UBS32, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS44, UBS45
11. Campanha “Sorriso 10”	UBS41, UBS45
12. Campanha “Bebê nota 10”	UBS41, UBS45

Fonte: Elaboração própria.

Na observação final dos resultados encontrados para as inovações de *marketing*, identificamos atividades sistemáticas de uma organização, no caso a UBS, voltadas à busca e realização de trocas para com o seu meio ambiente, no caso a população, visando a benefícios específicos, no caso o aumento na demanda por atendimento e consumo dos serviços, propiciando, dessa forma, o desenvolvimento do direito sanitário. Como tratamos de um serviço público, evidentemente, que não existem relações empresariais que visem o lucro, monetário, porém, visam uma lucratividade social, conforme alerta Bugge et al. (2010).

As inovações enumeradas do um ao seis correspondem a atividades realizadas pela UBS e voltadas para o público externo. Nesse sentido, podemos evidenciar a inovação de *marketing* para divulgação dos serviços, em associação com instituições religiosas, onde a partir do ambiente dos cultos religiosos, na aproximação com a comunidade local, existe a difusão de ações, campanhas e gerenciamento das necessidades da população para com a UBS. Nessa mesma linha de raciocínio, foi evidenciada a utilização de pesquisas com o Conselho Local de Saúde, buscando identificar e atuar nas deficiências e carências expostas pela população no contexto onde a UBS está inserida.

Outra inovação elencada foi as atividades de educação em empresas. Decorrente do atual ambiente de crescimento por mão de obra na construção civil no município de Caxias do Sul (RS) foi elaborado uma cartilha, visando a prevenção de acidentes nesse contexto e, conseqüentemente a prevenção da incapacidade laboral. Profissionais de saúde se deslocam dentro dos seus territórios sanitários, desenvolvendo a educação e prevenção de fatores associados ao aumento do risco nessas atividades. Estatísticas mundiais alertam que os trabalhadores da construção civil têm três vezes mais probabilidades de sofrer acidentes mortais e duas vezes mais probabilidades de sofrer ferimentos que os trabalhadores de outras áreas. Os custos destes acidentes são enormes, tanto para o indivíduo, como para as empresas e para a sociedade (BRASIL, 2008).

Similarmente, outra inovação na divulgação de serviços, buscando uma aproximação com os usuários, foi a ação de profissionais em escolas estaduais e municipais, como exemplo, citamos as palestras de dentistas sobre a necessidade da utilização do flúor e cuidados com a dentição e médicos abordando a necessidade de métodos anticoncepcionais.

Já, as inovações enumeradas do sete ao doze, evidenciam atividades de criação, divulgação e comunicação dentro da estrutura da UBS, evidentemente, voltadas para seus usuários ou clientes. Assim, citam – se as atividades de rádio divulgação das ações, atividades, campanhas da UBS para a população que está aguardando um atendimento,

buscando um medicamento, a fim de que possa replicar aos demais usuários daquele ambiente.

Também foi evidenciada como inovação de *marketing* a confecção de folders demonstrando o funcionamento e orientação dos serviços da UBS, além da representação de zonas de risco do território sanitário. Além disso, foram evidenciadas atividades que estimulem a população a manter a prevenção das condições de saúde, como no caso das campanhas “Sorriso 10” e “Bebê Nota 10”.

Em relação ao resumo das frequências de registros da análise por códigos para primeira categoria, ou seja, o motivador do acontecimento dessas inovações de *marketing*, o de maior referência foi para a informação e conhecimento em saúde (INK) em um processo contínuo de atividades de criação, comunicação e distribuição do valor, entendido aqui, como os serviços ofertados, conforme observamos na Tabela 14. Em seguimento, houve referência ao código de humanização (HZA) e coordenação (COR) como veremos nos trechos de transcrição a seguir. Nesse âmbito de análise do motivador, pressupomos que o entendimento da referência ao código HZA foi evidenciado nas transcrições ao considerarmos a finalidade da saúde pública no alcance de uma lucratividade social (BUGGE et al., 2010).

(...) considero que em *marketing*, temos a rádio divulgação de serviços da UBS (...) o propósito há, há, o sentido, é levar a informação ao usuário que passa aqui (...) o cara que está sentado, esperando uma consulta, aguardando a liberação de medicamento (...) esse cara acaba falando para a família, amigos desses serviços, então, há, o resultado é muito positivo (...) já teve família inteira que veio fazer consulta de rotina com o clínico (...) sim, é tudo por causa da divulgação (...) tem que comunicar senão os usuários não tem o conhecimento das ações (...) (UBS40).

(...) criamos um folder de funcionamento das principais atividades aqui da UBS (...) é, no mesmo folder, também aproveitamos para colocar as zonas de risco epidemiológico (...) dividido por microárea (...) o motivador é a necessidade de repassar informação e educação de forma coletiva (...) é abordar assuntos de maneira clara e acessível, considerando nosso público (...) o resultado é um maior vínculo, e, qualificam as práticas de saúde (...) quanto mais informação e conhecimento por parte dos usuários mais retorno nós temos nas ações (...) (UBS35).

(...) é, nós observamos uma procura maior por atendimentos odonto pediátricos na UBS (...) não existe recursos visuais que motivem esse público (...) daí pensamos em um ambiente mais acolhedor, a criança tem que se sentir a vontade (...) sim, sem falar nos pais e responsáveis por essa criança que compreendem a importância da saúde bucal (...) na primeira consulta entregamos desenhos para colorir com motivos ligados a prevenção de cáries (...) isso aproxima a comunidade da UBS (...) facilitou o contato, o retorno e a continuidade de tratamento (...) (UBS45).

Em relação a segunda categoria de análise, referente aos recursos utilizados para viabilizar a mudança, obtivemos, conforme demonstra a Tabela 15, menções ao código ANL para todas as inovações encontradas, nesse tema. Dessa forma, as inovações de *marketing*

implantadas partiram da identificação e visão dos servidores quanto às necessidades de novas abordagens em seus serviços e de oportunidades para alavancar melhorias estabelecendo vínculos mais fortes com a população, conforme apresenta o trecho de transcrição abaixo, referente à atividade com grupo de idosos:

(...) durante as visitas domiciliares, identificamos os idosos aposentados e sem atividades definidas (...) totalmente desmotivados, deprimidos, é, eles ficam com autoestima abalada por causa do processo de doença e até mesmo de isolamento social (...) sem entretenimento e integração com a comunidade (...) até patenteamos como Grupo Só Alegria (...) os encontros são mensais, feitos cada vez por um grupo de agentes (ACS), então cada mês é de responsabilidade de um grupo (...) desenvolvemos dinâmicas, incentivando a participação dos idosos (...) é uma oportunidade que eles (os idosos) tem de expressar sua vivências e experiência (...) são bem enriquecedoras (...) muitos já deram o feedback que se sentem mais valorizados, conquistam mais segurança, cultivando hábitos saudáveis (...) (UBS34).

A terceira categoria de análise que objetivou identificar o local de ocorrência dessas inovações apresentou referências aos códigos para a população (POU) e para a UBS (NAU). Para a SMS (SAL) não foi evidenciada nenhuma menção. Ao considerarmos que as inovações de *marketing* apresentadas, são melhorias trabalhadas a partir da análise dos servidores com e para a população, são apropriadas identificar que elas tenham sua ocorrência nessas unidades, conforme observamos na Tabela 16.

Quanto à quarta categoria de análise de extensão da mudança, conforme Tabela 17, todas as referências foram para o código correspondente à inovação incremental (INC). Na análise das transcrições, observam – se que os entrevistados, relatam a intensidade da mudança a partir de diversas etapas sequenciais que culminaram com o processo de mudança consolidado (TIDD et al., 2005), evidentemente, bem esclarecidas como no caso das inovações “Sorriso 10”, “Bebê Nota 10” e “Cartilha da Construção Civil – Prevenção de Riscos e Cuidados de Saúde”.

Por fim, na categoria novidade, as inovações de *marketing*, apresentaram referências para os códigos de mercado (MER) para três inovações, na divulgação de serviços da UBS a partir da associação com instituições religiosas, e nas campanhas “Sorriso 10” e “Bebê Nota 10”, onde na análise de transcrição foi observado pelos entrevistados, que não existem práticas similares e melhoradas, nem mesmo no mercado privado de saúde, para esse tipo de ação. Como novidade para organização (ORG), obtivemos referência em oito inovações, conforme demonstra a Tabela 18.

Tabela 14 – Resumo da frequência de códigos para categoria motivador (causa) nas 45 UBS da inovação de *marketing*

Inovação de <i>Marketing</i>																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0
DMP	1	17	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0
INK	5	83	INK	4	100	INK	7	58	INK	1	25	INK	0	0	INK	0	0
AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0
APO	0	0	APO	0	0	APO	5	42	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0
COR	0	0	COR	0	0	COR	0	0	COR	3	75	COR	0	0	COR	0	0
HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	1	100	HZA	2	100

Inovação de <i>Marketing</i>																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0
DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0
INK	1	100	INK	2	40	INK	9	69	INK	3	21	INK	0	0	INK	0	0
AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	4	29	AGA	0	0	AGA	0	0
APO	0	0	APO	0	0	APO	1	8	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0
COR	0	0	COR	3	60	COR	3	23	COR	7	50	COR	0	0	COR	0	0
HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	2	100	HZA	2	100

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 15 – Resumo da frequência de códigos para categoria estado/condição (como) nas 45 UBS da inovação de *marketing*

Inovação de <i>Marketing</i>																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0
AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0
ANL	7	100	ANL	3	75	ANL	8	100	ANL	5	100	ANL	2	100	ANL	2	100
CER	0	0	CER	1	25	CER	0	0	CER	0	0	CER	0	0	CER	0	0

Inovação de <i>Marketing</i>																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0
AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0
ANL	1	100	ANL	7	100	ANL	14	100	ANL	8	100	ANL	2	100	ANL	2	100
CER	0	0	CER	0	0	CER	0	0	CER	0	0	CER	0	0	CER	0	0

Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 16 – Resumo da frequência de códigos para categoria setores/local (onde) nas 45 UBS da inovação de *marketing*

Inovação de <i>Marketing</i>																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
NAU	0	0	NAU	1	25	NAU	0	0	NAU	2	40	NAU	0	0	NAU	1	50
POU	6	100	POU	3	75	POU	6	100	POU	3	60	POU	1	100	POU	1	50
SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0
Inovação de <i>Marketing</i>																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
NAU	1	100	NAU	5	63	NAU	9	75	NAU	7	78	NAU	2	100	NAU	2	100
POU	0	0	POU	3	38	POU	3	25	POU	2	22	POU	0	0	POU	0	0
SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 17 – Resumo da frequência de códigos para categoria extensão nas 45 UBS da inovação de *marketing*

Inovação de <i>Marketing</i>																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0
INC	6	100	INC	3	100	INC	6	100	INC	5	100	INC	1	100	INC	2	100

Inovação de <i>Marketing</i>																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0
INC	1	100	INC	6	100	INC	11	100	INC	8	100	INC	2	100	INC	2	100

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 18 – Resumo da frequência de códigos para categoria novidade nas 45 UBS da inovação de *marketing*

Inovação de <i>Marketing</i>																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
MER	4	80	MER	2	50	MER	3	38	MER	2	40	MER	0	0	MER	0	0
ORG	1	20	ORG	2	50	ORG	5	63	ORG	3	60	ORG	1	100	ORG	2	100

Inovação de <i>Marketing</i>																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11			Inovação 12		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
MER	0	0	MER	0	0	MER	3	33	MER	4	29	MER	2	100	MER	2	100
ORG	1	100	ORG	6	100	ORG	6	67	ORG	10	71	ORG	0	0	ORG	0	0

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

5.2.4 Inovação Organizacional

Em relação ao tema inovação organizacional no serviço de saúde, foram encontradas, no total, onze inovações para as 45 UBS. Dessas, duas inovações ocorreram em todas as UBS, e nove inovações foram introduzidas em diferentes UBS, conforme demonstra a Figura 40.

Figura 40– Identificação das inovações organizacionais

INOVAÇÕES ORGANIZACIONAIS	
Inovação	Identificado pela Unidade
1. Mudanças na Estrutura das UBS para deficientes e idosos e crianças (cantinho da criança)	UBS5, UBS6, UBS17, UBS19, UBS21, UBS23, UBS24, UBS29, UBS31, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS45
2. Ativação da sala de Observação	UBS10, UBS37, UBS40, UBS41
3. Mapeamento dos Usuários das UBS por endereço (otimizando o encaminhamento de ACS)	UBS10, UBS15, UBS19, UBS35, UBS36, UBS37
4. Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para serviços de enfermagem e serviços médicos	UBS7, UBS10, UBS15, UBS27, UBS37, UBS40, UBS41, UBS44, UBS45
5. Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) na UBS para cadastramento de programas federais (HIPERDIA)	UBS6, UBS7, UBS10, UBS40
6. Prontuário da Família	UBS6, UBS17, UBS29, UBS34, UBS36, UBS40, UBS41, UBS44
7. Acolhimento Específico para Pediatria e Gestantes (30ª semana)	UBS7, UBS15, UBS31, UBS40, UBS41, UBS44, UBS45
8. Fluxo de agendamento de grupos de risco facilitado via telefone	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
9. Organização online do	UBS1, UBS2, UBS3, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7,

encaminhamento dos pacientes ao hospital pela Central de Leitos	UBS8, UBS9, UBS10, UBS11, UBS12, UBS13, UBS14, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
10. Informatização SIS.SAP	UBS1, UBS2, UBS4, UBS5, UBS6, UBS7, UBS8, UBS10, UBS11, UBS13, UBS15, UBS16, UBS17, UBS18, UBS19, UBS20, UBS21, UBS22, UBS23, UBS24, UBS25, UBS26, UBS27, UBS28, UBS29, UBS30, UBS31, UBS32, UBS33, UBS34, UBS35, UBS36, UBS37, UBS38, UBS39, UBS40, UBS41, UBS42, UBS43, UBS44, UBS45
11. Escala de dedicação dos profissionais a atividades científicas – Educação Permanente em Saúde	UBS3, UBS5, UBS7, UBS18, UBS21, UBS27, UBS37, UBS44, UBS45

Fonte: Elaboração própria.

Identificamos nas inovações organizacionais introduzidas, métodos de melhoria nas práticas de organização do seu local de trabalho e na gestão (MANUAL de OSLO, 2005). Aquelas reacionadas a melhorias organizacionais de seu local de trabalho, correspondem às inovações enumeradas do um ao sete, como no exemplo da reestruturação provendo acessibilidade e espaço diferenciado a determinados grupos etários para o consumo dos serviços da UBS, estruturação de uma sala de observação para casos de maior fragilidade no estado de saúde e que necessitam de acompanhamento. A elaboração de procedimentos operacionais padrão (POP), também foi considerada inovação organizacional, pois estabeleceu uma padronização, equalizando o atendimento médico e de outros profissionais de nível superior que frequentavam diversas UBS, trazendo, por vezes, seus modelos mentais de trabalho.

O mapeamento de usuários das UBS por endereço consistiu na padronização a partir da determinação de ação por microáreas, de determinado grupo de usuários, contendo características de cuidados similares, para encaminhamento de equipes de ACS, de forma otimizada buscando rápida resolubilidade, entendido aqui, com princípios de eficiência e eficácia na qualidade de atenção à saúde, conforme preconiza o Humaniza SUS (BRASIL, 2011).

O prontuário de família também foi identificado como uma inovação organizacional em algumas UBS, onde foi elaborado um modelo de coleta de informações e controle de todas as informações referentes a família. Esse método permite compor estratégias de condução na

proposta de serviços baseada no modelo da ESF, consolidando o vínculo dos usuários com as ações e serviços das UBS.

As inovações oito, nove, dez e onze, permitem estabelecer uma análise a partir de melhorias evidenciadas nas práticas de gestão das UBS com demais níveis hierárquicos na rede de atenção a saúde. Como exemplo, citamos o fluxo de agendamento de grupos de risco, como hipertensos e diabéticos, facilitado via telefone da UBS, tendo esses, prioridade em termos de atendimento médico local.

Outra inovação organizacional encontrada refere – se à informatização (SIS.SAP) presente em quarenta e uma UBS, para o módulo agenda e almoxarifado. Essa foi uma mudança significativa, na concepção dos gestores, que trouxe como consequência uma melhoria em diversas dificuldades que a UBS enfrentava, como utilização indevida do cartão SUS, retirada em duplicidade de medicamentos mensais, dificuldade de agendamento com especialidades médicas, dentre outros.

A organização online do encaminhamento dos pacientes para o hospital, através da Central de Leitos, também, foi considerada uma inovação, pois permitiu transparência das ações, não só aos servidores que atuavam na UBS, mas também ao paciente, que recorriam a UBS (primeiro contato) na busca de informações quanto ao processo de internação hospitalar.

Por fim, a educação permanente em saúde, consolidada e efetuada, semanalmente, pelos profissionais, propondo diferentes capacitações visou a melhoria do desempenho no atendimento, na proposta de serviços e ações.

Na análise da primeira categoria, ou seja, do motivador das inovações organizacionais, encontramos uma maior frequência na referência ao código de coordenação do serviço (COR) para cinco inovações, seguidas do código agilidade no atendimento (AGA), humanização (HZA) e informação e conhecimento (INK) conforme Tabela 19. Ao considerarmos que as atividades identificadas tiveram por objetivo potencializar os métodos organizacionais e da gestão, tornou – se adequado, aos entrevistados, considerar que essas mudanças foram motivadas pela necessidade de coordenação facilitando o progresso do processo, que consiste no atendimento à população, conforme observamos nos trechos de transcrição:

(...) nós recebemos uma estrutura pronta da SMS, mas temos autonomia para melhorar o fluxo de trabalho e atendimento (...) desativamos uma sala ociosa e colocamos uma sala de observação (...) entendo que isso é uma inovação, pois aumentei a capacidade de absorver a população e também coordenar esse atendimento (...) evidente que tenho mais um espaço de tempo para controlar o paciente (...) ver se ele está bem para mandar para casa (...) mas antes o paciente ficava “perambulando” pela UBS (...) se tem algo (referindo – se a processo de doença) que requer mais cuidado, não posso deixar ele sem o conforto de estar sendo observado, amparado (...) (UBS10).

(...) considero como inovação a organização pelo computador dos pacientes para o hospital (...) antes possuíamos uma central com apenas três terminais responsável por todas UBS e os quarenta e oito municípios da região, agora nove, quarenta e nove (...) era impossível conseguir efetuar uma ligação para marcação das consultas (...) foi uma melhoria muito relevante (...) antes perdíamos um tempo enorme no telefone repassando a central os agendamentos de consulta (...) o número do cartão do SUS possui cerca de vinte dígitos (...) o tempo de repasse de todos os dados do paciente para marcar a consulta era enorme (...) agora é tudo online (...) conseguimos agendar todas as consultas (...) antes era terrível, deixávamos pendentes de vários dias (...) então isso foi coordenação do serviço, entendo que essa foi a motivação (...) coordenou e deu agilidade ao processo (...) (UBS16).

(...) implantamos o SIS.SAP, nisso, temos acesso online à marcação de consultas com especialistas e outras coisas (...) a questão da informatização foi a disponibilidade de recurso para o usuário e a facilidade em imputar os dados de forma ágil e confiável, para mim a maior inovação organizacional aqui na UBS (...) então ordenou isso tudo (...) antes havia controle só no papel (...) por exemplo o usuário deixava a receita com o especialista lá no CES depois tinha que voltar para UBS e nós tínhamos que ligar para o especialista para confirmar os medicamentos (...) agora enxergamos o todo, coordenou esse todo, onde o usuário foi, quais as solicitações dos exames dos médicos (...) em relação a dispensação de medicamentos é mais fácil ter controle de prazos e saber se esse usuário pegou medicamento em duas farmácias do município (...) antes da informatização era tudo atrapalhado, gasto de recursos, gasto de tempo (...) (UBS23).

A análise da segunda categoria referente à como essas inovações ocorreram, ou seja, quais foram os recursos necessários para viabilizar a mudança, a menção mais frequente na análise da transcrição das entrevistas foi da análise local a partir dos servidores e da população (ANL) presente em sete inovações, seguido de ampliação física, material e pessoal (AES) e certificação em relação a leis, normas e portarias (CER), conforme Tabela 20. Novamente, para esse tema, obtivemos uma identificação da necessidade de melhoria partindo da ótica dos atores envolvidos no processo do serviço. Concomitante, o código AES, foi originado na transcrição da entrevista daquelas entrevistas em que a inovação estava relacionada a mudanças na estrutura física do atendimento como a implantação de sala de observação. O código CER foi mencionado para as inovações que requereram alterações de rotinas e padronização e normatização das mesmas, conforme trechos transcritos:

(...) em relação à necessidade de grupos de risco possuir atendimento imediato surgiu a partir da nossa análise (entendida dos servidores) (...) são pacientes diferenciados (...) faltava visão de integrar esses usuários, rapidamente, nas consultas (...) verificamos com a secretaria (SMS) para ver se tinha algum problema em dar a prioridade em termos de agendamento por telefone (...) sabe né, não dá para ferir os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) (Sobre o fluxo de agendamento de pacientes de risco via telefone da UBS) (...) (UBS11).

Tabela 19 – Resumo da frequência de códigos para categoria motivador (causa) nas 45 UBS da inovação organizacional

Inovação Organizacional																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0	GES	15	68	GES	0	0
DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	4	15	DMP	2	9	DMP	0	0
INK	0	0	INK	0	0	INK	3	38	INK	0	0	INK	0	0	INK	0	0
AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	12	44	AGA	5	23	AGA	2	33
APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0
COR	3	38	COR	3	75	COR	5	63	COR	10	37	COR	0	0	COR	4	67
HZA	5	63	HZA	1	25	HZA	0	0	HZA	1	4	HZA	0	0	HZA	0	0

Inovação Organizacional																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11					
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*			
GES	0	0	GES	0	0	GES	0	0	GES	7	21	GES	0	0			
DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0	DMP	0	0			
INK	0	0	INK	0	0	INK	2	29	INK	4	12	INK	7	100			
AGA	1	17	AGA	0	0	AGA	0	0	AGA	9	26	AGA	0	0			
APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0	APO	0	0			
COR	1	17	COR	3	100	COR	5	71	COR	14	41	COR	0	0			
HZA	4	67	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0	HZA	0	0			

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

(...) fechamos a UBS durante duas horas na manhã de terça – feira (...) discutimos os problemas identificados (...) capacitamos com casos apresentados pelos profissionais para multiplicar o conhecimento (...) foi uma necessidade que tínhamos (Dos servidores) (...) a agitação às vezes é tão grande que não conseguimos compartilhar os casos, tinha que ter essa parada (...) é muito bom, porque vemos casos de usuários sobre diferentes visões dos profissionais e crescemos na proposta da melhor conduta a ser tomada (...) também elegemos uma literatura sobre as diretrizes e cartilhas de segmentos de saúde e trocamos informações, revitalizamos os conhecimentos (...) (UBS3).

(...) tinha que ter POP (Procedimento Operacional Padrão) principalmente para médicos (...) era uma confusão na forma de atendimento e solicitação de exames (...) com as novas contratações e sem tempo para explicar o processo cada um fazia do seu jeito (Sobre as consultas médicas) (...) tinha cara que nem sabia para onde conduzir o paciente (...) esse foi um dos problemas resolvidos, outro era padronizar a conduta desse pessoal mais velho (Médicos com maior tempo de contratação) (...) pedimos apoio a secretaria (SMS) (...) se tinha obstáculo legal em padronizar a rotina deles, deixar claro o que é o quê (...) não tinha e fizemos (...) (UBS40).

Na categoria setores/local de ocorrência das mudanças, conforme resumo da Tabela 21 obtivemos maior menção para o NAU em seis inovações, incluindo aquelas reacionadas a melhorias organizacionais de seu local de trabalho e para o código POU em quatro inovações. Ocorreram três referências para SAU, porém não com maior frequência e foram relacionadas por estarem vinculadas a outros níveis hierárquicos da rede de saúde.

Todas as inovações foram consideradas incrementais pela análise da categoria extensão, conforme observamos na Tabela 22. Na Tabela 23, que compreende o resumo de ocorrência dos códigos para o grau de novidade das inovações organizacionais, encontramos na análise do conjunto, seis inovações que obtiveram menção para os dois códigos propostos, porém, nenhuma inovação apresentou maior frequência de referência para o código MER, pressupondo que essas mudanças permaneceram novas para organização, requisito mínimo para caracterizá – las como uma inovação (MANUAL DE OSLO, 2005).

5.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

Na análise do *PCATool* avaliou – se a qualidade de orientação para APS do município de Caxias do Sul (RS). Procedemos com a orientação de análise preconizada pelo validação do *PCATool* (BRASIL, 2010). A fim de avaliarmos a consistência das respostas do questionário por atributo, procedeu – se a análise do Alpha de Cronbach que resultou em 0,834.

Tabela 20 – Resumo da frequência de códigos para categoria estado/condição (como) nas 45 UBS da inovação organizacional

Inovação Organizacional																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0
AES	2	22	AES	2	50	AES	2	33	AES	3	13	AES	0	0	AES	1	20
ANL	7	78	ANL	2	50	ANL	4	67	ANL	8	35	ANL	12	67	ANL	4	80
CER	0	0	CER	0	0	CER	0	0	CER	12	52	CER	6	33	CER	0	0

Inovação Organizacional														
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	0	0	AQT	22	76	AQT	0	0
AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0	AES	0	0
ANL	6	75	ANL	6	75	ANL	3	43	ANL	0	0	ANL	4	100
CER	2	25	CER	2	25	CER	4	57	CER	7	24	CER	0	0

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 21 – Resumo da frequência de códigos para categoria setores/local (onde) nas 45 UBS da inovação organizacional

Inovação Organizacional																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
NAU	7	78	NAU	2	50	NAU	4	57	NAU	12	80	NAU	14	50	NAU	6	100
POU	2	22	POU	2	50	POU	3	43	POU	3	20	POU	13	43	POU	0	0
SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	2	7	SAU	0	0

Inovação Organizacional																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11					
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*			
NAU	5	83	NAU	4	100	NAU	3	38	NAU	16	55	NAU	8	100			
POU	1	17	POU	0	0	POU	4	50	POU	10	34	POU	0	0			
SAU	0	0	SAU	0	0	SAU	1	13	SAU	3	10	SAU	0	0			

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 22 – Resumo da frequência de códigos para categoria extensão nas 45 UBS da inovação organizacional

Inovação Organizacional																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0
INC	9	100	INC	4	100	INC	6	100	INC	10	100	INC	18	100	INC	5	100

Inovação Organizacional																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11					
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*			
RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0	RAD	0	0			
INC	1	100	INC	6	100	INC	8	100	INC	8	100	INC	2	100			

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 23 – Resumo da frequência de códigos para categoria novidade nas 45 UBS da inovação organizacional

Inovação Organizacional																	
Inovação 1			Inovação 2			Inovação 3			Inovação 4			Inovação 5			Inovação 6		
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*
MER	2	33	MER	2	50	MER	0	0	MER	8	40	MER	7	37	MER	0	0
ORG	4	67	ORG	2	50	ORG	5	100	ORG	12	60	ORG	13	63	ORG	5	100

Inovação Organizacional																	
Inovação 7			Inovação 8			Inovação 9			Inovação 10			Inovação 11					
Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*	Cód.	Reg.	%*			
MER	3	43	MER	0	0	MER	2	29	MER	1	7	MER	0	0			
ORG	4	57	ORG	4	100	ORG	5	71	ORG	14	93	ORG	6	100			

* Percentual do total identificado na transcrição da entrevista

Fonte: Elaboração Própria.

Além disso, submetemos os resultados a análise do Coeficiente de Variação (CV) a fim de representar o desvio padrão expresso como porcentagem da média, ou seja, estendemos a análise do desvio padrão, fornecendo uma medida relativa e independente da grandeza com a qual se mede os dados encontrados (FÁVERO et al., 2009).

Conforme tabela 24, partindo – se de uma visão macro, identificou – se que a média do escore geral, para as UBS, apresentou – se em 6,63 com um CV=7,19%. Constatou – se que 21 UBS, da população de 45 UBS, não atingiram o valor central de 6,6 que representava o limite para ser considerado como alto escore de APS. Todas as UBS localizadas nos distritos de Caxias do Sul, representando a zona rural do município, apresentaram escores abaixo de 6,6. Em termos de análise do escore essencial da APS, ou seja, de propriedade dos atributos considerados essenciais, apresentou – se em 6,47, considerado, portanto, um baixo escore. Esses achados foram influenciados pelo baixo escore médio do acesso, pior pontuação encontrada dentro dos escores essenciais, sendo que os demais atingiram o limite de 6,6.

Observou – se que de acordo com a variabilidade na mesma escala de mensuração de dados, o atributo acesso que implica na acessibilidade e utilização dos serviços pelos pacientes para cada problema novo ou para cada novo episódio de problema já existente apresentou a maior dispersão (CV=18,1%), ou seja, os desvios relativamente à média atingem, em média, 18% do valor desta, demonstrando o peso do desvio padrão sobre a distribuição.

Também, o atributo acesso apresentou o menor escore médio (5,87), o que permitiu identificar que a amostra possuiu características diferentes quanto a acessibilidade da população aos serviços para um novo problema para os quais se procura o cuidado de acordo com cada UBS. Macinko e Almeida (2004) em um estudo da análise da APS no município de Petrópolis, no Rio de Janeiro (RJ) através do *PCATool* também demonstraram que o atributo acesso possui o pior desempenho do escore analisado sob sua população descrevendo que apenas 40% da população amostrada na área de adscrição da UBS referiu utilizar como serviço preferencial aquele ao qual era adscrita.

Considerando as questões do questionário, relativas a análise do atributo acesso com as elementos encontrados na análise qualitativa, através da entrevistas, percebem – se algumas evidências, relacionadas ao baixo escore encontrado. Apenas 17% das UBS possuem horário estendido até às 21hs, além das 12h de atendimento habituais. O serviço das UBS permanece fechado aos sábados e domingos, excepcionalmente, nas campanhas de vacinação e atividades comunitárias onde mantém atividades no fim de semana. Apenas 40% das UBS mantém

programa de acolhimento específico através de sistemas de indicadores, dentre eles, o controle de tempo de espera para consulta com o médico, abaixo de 30 minutos.

Ainda, na análise que implica o vínculo da população com sua fonte de serviço de atenção a saúde ao longo do tempo, ou seja, o escore médio da longitudinalidade apresentou – se em 6,82 (CV=8,5%) e, só apresentou escores inferiores ao valor central em quatro UBS estudadas da amostra selecionada demonstrando que os gestores possuem conhecimento sobre a população adscrita no território sanitário de sua UBS, bem como, em relação a população que mantém o relacionamento com os servidores, nessa interação do serviço prestação – consumo, de forma satisfatória. Considerando a análise da fase qualitativa, através das entrevistas, observamos evidências de programas e serviços que procuram estabelecer vínculos no cuidado de saúde e estreitar o relacionamento com a população de forma contínua, como no exemplo dos serviços relacionados à saúde da mulher (controle do Exame Citopatológico, Exames de Mamografia), a saúde da criança e do adolescente (Campanha “Bebê Nota 10” e “Sorriso 10”), Grupo de Acolhimento de Incontinência Urinária, dentre outras ações.

O atributo de coordenação – integração de cuidados, que exige a existência de uma continuidade assim como, a identificação dos problemas que são abordados em outros níveis da rede e integração desse cuidado local com o geral do paciente, apresentou o escore de 6,74 (CV=13,2%) apresentando – se acima do valor central do escore, e, relativo coeficiente de variação representando um conjunto mais heterogêneo de respostas. 60% das UBS apresentaram escore acima de 6,6. Nas análises, junto as evidências da fase qualitativa, pressupõem – se que exista uma dificuldade de comunicação por parte de outros níveis da rede para com a UBS. Ou seja, a UBS presta a informação e a orientação no encaminhamento desse paciente, porém, existe uma dificuldade de retorno dessas informações, como nos exemplo da consulta a especialistas, onde é indicado um baixo retorno sobre as condições do paciente, dificultando o mecanismo de referência e contrarreferência (MENDES, 2007).

No atributo coordenação – sistema de informações, encontramos situação semelhante, identificado nas transcrições das entrevistas, aos achados descritos acima. Um aspecto que pode ter influenciado os dados foi o fato de que, apesar de haver a informatização de alguns módulos, o controle clínico do paciente da UBS, ainda, é mantido sob a forma de registros manuais, o que por vezes, é dominando por situações de perda e extravio, tanto por parte do serviço, como do paciente.

Observou – se uma menor dispersão em relação ao atributo integralidade – serviços disponíveis (CV=9,0%) com escore médio de 7,16 e no atributo integralidade – serviços prestados (CV=9,1%) com escore médio de 7,21 determinando um conjunto de serviços de maior igualdade com reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças no que tange às necessidades mais comuns da população adscrita para cada UBS. Isso pressupõe uma forte combinação de vínculo de serviços junto ao atributo de longitudinalidade capaz de integrar o cuidado que a população recebe.

Tabela 24 – Escore da APS de Caxias do Sul por atributos essenciais e derivados (n = 45)

Atributos de APS		Escore Médio	Escore Mínimo	Escore Máximo	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (CV)
Essenciais	Acesso	5,87	4,26	8,31	1,13	18,1%
	Longitudinalidade (Atendimento Continuado)	6,82	5,80	7,96	0,64	8,5%
	Coordenação – Integração do Cuidado	6,74	5,04	7,93	0,95	13,2%
	Coordenação – Sistema de Informações	7,26	4,83	8,80	1,46	17,3%
	Integralidade – Serviços Disponíveis	7,16	6,65	8,81	0,73	9,0%
	Integralidade – Serviços Prestados	7,21	5,76	7,92	0,74	9,1%
Escore Essencial		6,47	5,75	7,43	0,59	6,17%
Derivados	Orientação Familiar	9,21	7,70	9,52	0,54	5,55%
	Orientação Comunitária	8,31	7,10	9,11	0,61	7,42%
Escore Geral¹		6,63	5,62	7,75	0,47	7,19%

Fonte: Elaboração própria.

(1) O escore de APS é definido a partir da avaliação dos atributos de APS pelo *PCATool* como baixo se menor que 6,6 e alto se maior ou igual a 6,6 . Pontuação possível: 0 a 10.

Interessante observar que para a integralidade – serviços prestados apresentou um escore mínimo de 5,76, caracterizando que algumas UBS não trabalham em situações de prevenção e aconselhamento, características dessa etapa do questionário. Quando confrontados com os achados na entrevista, observamos que, efetivamente, as ações de prevenção, aconselhamento e acompanhamento são iniciativas relatadas por algumas UBS,

como no exemplo, da ação de profissionais em escolas para educação sobre higiene bucal, utilização de métodos anticoncepcionais e etc.

Na análise dos atributos derivados, observou – se uma homogeneidade entre os escores alcançados. Todos os escores dos atributos derivados ficaram acima do valor central determinando um alto escore para APS com baixos coeficientes de variação. No atributo orientação familiar ou centrada na família que consiste no conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado de enfermidades, apresentou $CV=5,55\%$. O atributo orientação comunitária que se refere ao conhecimento do provedor sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos assim como o planejamento e avaliação conjunta dos serviços apresentou um $CV=7,42\%$. Ambos possuíram escores médios bem acima dos encontrados nos demais atributos.

Entretanto, quando esses resultados do questionário foram confrontados com as entrevistas da fase qualitativa, obtivemos discordância de situações. Primeiramente, nem todas as UBS do município de Caxias do Sul (RS) possuem ESF, o que poderia pressupor uma dificuldade de orientação familiar, entretanto, vale ressaltar, que embora algumas UBS não estejam estruturadas com equipes de ESF, os profissionais mobilizam – se no atendimento ao domicílio para pacientes restritos ao leito ou com alguma deficiência. Ademais, ações e serviços relacionados às atividades de família e comunitária são relatadas, pontualmente, por algumas UBS nas entrevistas, e, não constituem práticas evidenciadas por grande parte delas. Como exemplo, podemos ressaltar a adesão do prontuário da família e a utilização de pesquisas com o Conselho Local de Saúde, esta última representando apenas 13% das UBS.

5.3.1 Análise Exploratória dos Dados da Primeira Etapa da Pesquisa

Com o objetivo de identificar e delinear os processos de inovação na APS, e, no intuito de procurar ajustar os achados da entrevista em profundidade, referente às inovações elencadas, com aqueles achados do questionário sobre a qualidade de orientação do serviço de saúde, demonstramos na tabela 25 as informações resumidas, referente aos escores parciais do *PCATool* e do número de inovações para cada UBS, que serviram de base para um exame estatístico.

Com o objetivo principal da criação de um padrão que explicasse o impacto gerado por um grupo de variáveis sobre o comportamento de outras variáveis partiu – se do conjunto

de dados para as variáveis contínuas, realizando – se medidas descritivas de dispersão e centralização, para determinar a média das características de cada uma das variáveis e sua linearidade considerando a análise conjunta das UBS (HAIR et al., 2006). Ressalta – se que para o conjunto de número de inovações, considerada uma variável não métrica, foi transformada em uma análise de frequência absoluta (FÁVERO et al., 2009) a fim de possibilitar o exame proposto.

Considerando a análise da variável número de inovações, e a variável escore parcial do *PCATool* foi possível identificar que, a partir das considerações do nível de significância de 5% (p – valor $<0,05$), observou – se que o número de inovações apresentam uma forte correlação positiva com o escore geral do *PCATool* de $R = 0,922$ (p – valor = $0,0008$). O coeficiente de determinação, que mede o modo de associação entre as variáveis, apresentou – se em $R^2 = 0,850$, ou seja, indicou que para cada unidade de mudança das variáveis contidas no escore do *PCATool*, se produz uma mudança de $0,850$ (85%) no número de inovações. Valores semelhantes foram observados ao relacionar a número de inovações com o escore essencial do *PCATool* ($R= 0,922$ e $R^2 = 0,851$).

A formação educacional também apresentou uma forte correlação com o escore de APS ($R=0,796$), ou seja, quanto maior o nível de formação dos gestores, maior o escore de APS. Observou – se que o grau de formação educacional dos gestores apresenta uma correlação significativa com o número de inovações identificadas ($R=0,675$) para a amostra. Ou seja, quanto maior o grau de formação educacional, maior a quantidade de inovações.

Porém, em relação ao tempo de cargo como gestor de UBS não se identificou correlação significativa com o número de inovações ($R=0,36$) o que representa que a permanência como gestor de UBS não está relacionada à quantidade de inovações.

O número de inovações também apresentou correlação significativa com as demais despesas da UBS ($R=0,800$), ou seja, quanto maior as despesas por UBS, maior a quantidade de inovações. Isso permite constatar que quanto maior a quantidade de recursos dispensados para a UBS, maior a possibilidade de introdução de inovações de produto, processo, *marketing* e organizacional.

Considerando as implicações destacadas por Starfield (1992) quanto a contribuição dos atributos para a determinação da qualidade do serviço da APS, aqueles que efetivamente determinam as características do cuidado são os atributos essenciais. Os atributos derivados podem ser avaliados, separadamente, apesar de apresentarem – se intimamente inter – relacionados por caracterizarem um grupo de pessoas.

Assim, um serviço de APS dirigido à população pode ser considerado provedor quando desenvolve os quatro atributos essenciais, podendo aumentar seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. Ademais, considerando a análise estatística dessa etapa da pesquisa, decidimos pela análise dos atributos essenciais, visto que não encontramos uma normalidade nos dados relacionados aos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária).

Além disso, os atributos derivados apresentaram altos escores, considerando a avaliação do *PCATool*. Em contrapartida, os atributos essenciais apresentaram resultados de escores mais heterogêneos, considerando a análise das UBS que compõem a APS de Caxias do Sul (RS). Portanto, esta, também, foi uma premissa, para apenas a seleção de análise dos atributos essenciais para essa fase.

Com base na relação evidenciada, decidiu – se investigar através da análise de regressão linear múltipla o quanto os atributos do *PCATool* (variáveis independentes) influenciam a tipologia da inovação (variáveis dependentes). A finalidade das variáveis independentes é melhorar o poder explicativo, ou seja, reduzir o coeficiente do intercepto, que na regressão, significa a parte da variável dependente explicada por outras variáveis, que não a considerada no modelo (FÁVERO et al., 2009).

Para tanto, determinados pressupostos sobre a utilização da técnica necessitam ser seguidos. Quanto ao tipo de variáveis, não existe qualquer impedimento, visto que as variáveis resposta (variáveis dependentes) são quantitativas, e as variáveis explicativas (independentes) podem ser, tanto, qualitativa como quantitativa, em nosso caso, quantitativa. Dessa forma, seguindo a orientação de Fávero et al. (2009) analisamos se as variáveis dependentes seguiam uma distribuição normal, através do Teste de Kolmogorov – Smirnov, conforme tabela 26.

Tabela 25 – Teste de normalidade das variáveis dependentes da primeira etapa da pesquisa

Teste de Normalidade			
	Kolmogorov – Smirnov¹		
	Estatística	n	p
Inovação de Produto	0,200	45	0,202
Inovação de Processo	0,234	45	0,235
Inovação de Marketing	0,236	45	0,229
Inovação Organizacional	0,235	45	0,181

Fonte: Elaboração própria.

(1) Correção de Lilliefors.

Tabela 26 – Escore parcial do *PCATool* e número de inovações

(continua)

UBS	ESCORE PARCIAL DO <i>PCATool</i>								INOVAÇÕES			
	ESSENCIAIS				DERIVADOS				Produto (Bem ou Serviço)	Processo	Marketing	Organiza – cional
	Acesso	Longitudina – lidade	Coordenação Integração do Cuidado	Coordenação Sistemas de Informação	Integralidade Serviços Disponíveis	Integralidade Serviços Prestados	Enfoque na Família	Orientação Comunitária				
1	2,56	3,08	3,17	3,33	3,37	3,11	3,33	3,29	9	4	0	3
2	2,44	3,46	2,83	3,33	3,21	3,72	3,33	3,71	8	4	0	3
3	2,44	3,08	2,83	3,33	3,11	3,11	3,33	3,29	6	4	1	2
4	2,44	3,31	2,67	3,33	3,26	3,11	3,33	3,57	7	4	0	3
5	3,00	3,31	2,83	3,33	3,68	3,72	3,33	3,43	9	6	1	5
6	3,33	3,54	3,00	3,33	3,58	3,56	3,33	3,43	14	9	2	6
7	2,89	3,38	3,33	3,33	3,77	3,83	3,33	3,14	11	7	2	7
8	2,67	3,31	3,17	3,33	3,11	3,50	3,33	3,14	9	4	1	3
9	2,44	3,15	3,17	3,67	3,11	3,22	3,33	3,43	9	4	1	2
10	3,11	3,54	3,50	3,67	3,47	3,44	3,33	3,57	14	10	3	7
11	2,33	3,08	2,83	3,00	3,05	3,33	3,33	3,43	6	4	0	3
12	2,44	3,23	3,00	2,67	3,16	3,33	3,33	3,14	6	4	0	2
13	2,67	3,15	3,33	3,33	3,42	3,50	3,67	3,57	7	6	2	3
14	2,44	3,23	3,00	2,67	3,16	3,33	3,33	3,29	6	4	1	2
15	3,00	3,15	3,67	3,67	3,37	3,22	3,33	3,57	8	6	4	6
16	3,00	3,00	2,67	3,33	3,05	2,72	3,33	3,57	6	4	0	3
17	3,11	3,00	3,33	3,67	3,37	3,44	3,33	3,14	9	6	2	5
18	2,67	3,38	3,17	3,33	3,47	3,39	3,33	3,57	10	6	2	4
19	2,44	3,31	3,00	3,33	3,53	3,44	3,33	3,71	10	6	2	5
20	2,44	3,23	3,17	3,00	3,42	3,17	3,33	3,43	7	6	0	3
21	2,78	3,54	3,17	3,33	3,37	3,33	3,33	3,71	9	6	3	5

(conclusão)

22	3,11	3,23	2,50	3,00	3,16	3,67	3,33	3,43	6	5	1	3
23	2,44	3,15	3,00	3,33	3,32	3,44	3,33	3,71	9	6	1	4
24	3,00	3,23	2,83	3,33	3,53	3,39	3,33	3,71	9	5	2	4
25	2,89	3,08	2,83	3,33	3,26	3,28	3,67	3,71	6	4	2	3
26	3,00	2,85	3,00	3,33	3,37	3,33	3,67	3,57	7	7	1	3
27	2,67	3,23	3,00	2,67	3,32	3,44	3,67	3,71	9	5	2	5
28	2,56	3,38	2,83	3,33	3,32	3,39	3,67	3,43	7	4	1	2
29	2,78	3,54	3,00	3,33	3,37	3,28	3,67	3,57	8	6	2	5
30	2,56	3,08	2,83	2,67	3,32	3,50	3,67	3,29	6	4	0	3
31	2,89	3,38	3,00	3,71	3,37	3,44	3,67	3,71	13	5	2	5
32	2,67	2,92	3,17	3,67	3,37	3,06	3,67	3,43	8	4	2	3
33	2,56	3,46	3,50	3,00	3,79	3,50	3,67	3,71	7	5	0	4
34	3,33	3,38	3,33	3,67	3,58	3,44	3,33	3,71	11	8	3	5
35	3,00	3,46	3,17	3,33	3,26	3,44	3,67	3,71	9	6	3	5
36	3,11	3,23	3,00	3,71	3,37	3,44	3,67	3,71	7	5	2	6
37	3,11	3,38	3,50	3,67	3,58	3,61	3,67	3,57	10	9	6	8
38	2,78	3,62	3,00	3,67	3,33	3,50	3,67	3,71	9	6	2	4
39	2,44	3,15	2,83	3,00	3,32	3,22	3,67	3,43	6	4	0	3
40	3,33	3,69	3,50	3,71	3,89	3,94	3,67	3,57	17	11	5	8
41	3,78	3,62	3,67	3,67	3,79	3,56	3,67	3,71	14	10	7	7
42	3,33	3,31	2,67	3,00	3,47	3,06	3,67	3,29	6	4	1	3
43	2,44	3,08	2,67	2,33	3,37	3,28	3,67	3,57	6	4	0	3
44	2,89	3,38	3,33	3,71	3,74	3,72	3,67	3,57	13	10	5	7
45	3,22	3,31	3,50	3,33	3,68	3,39	3,67	3,71	12	9	5	7

Fonte: Elaboração própria.

Assim, como obtivemos um p – valor $> 0,005$, nos quatro casos, concluindo que a distribuição de dados é normal. O pressuposto da autocorrelação dos resíduos, ou seja, verificar se os erros são independentes foi identificado através do teste de Durbin – Watson. O *software* SPSS não apresenta o nível de significância do teste, porém, apresenta um valor que está sempre situado entre um e três. Quando mais esse valor estiver perto de dois podemos interpretar que o teste não é significativo e que os erros são independentes.

Ainda, na análise dos resíduos, visando identificar a variação do erro (variância não constante) em função da variável, o pressuposto da heterocedasticidade, seguimos a orientação de Hair et al. (2006) onde esclarece que a partir da conclusão da análise de independência dos erros de Durbin – Watson, podemos observar os resíduos padronizados versus os valores preditos padronizados, onde interpretamos que os resíduos se distribuem de forma aleatória, conforme demonstra os gráficos retirados da análise do SPSS, na figura 41.

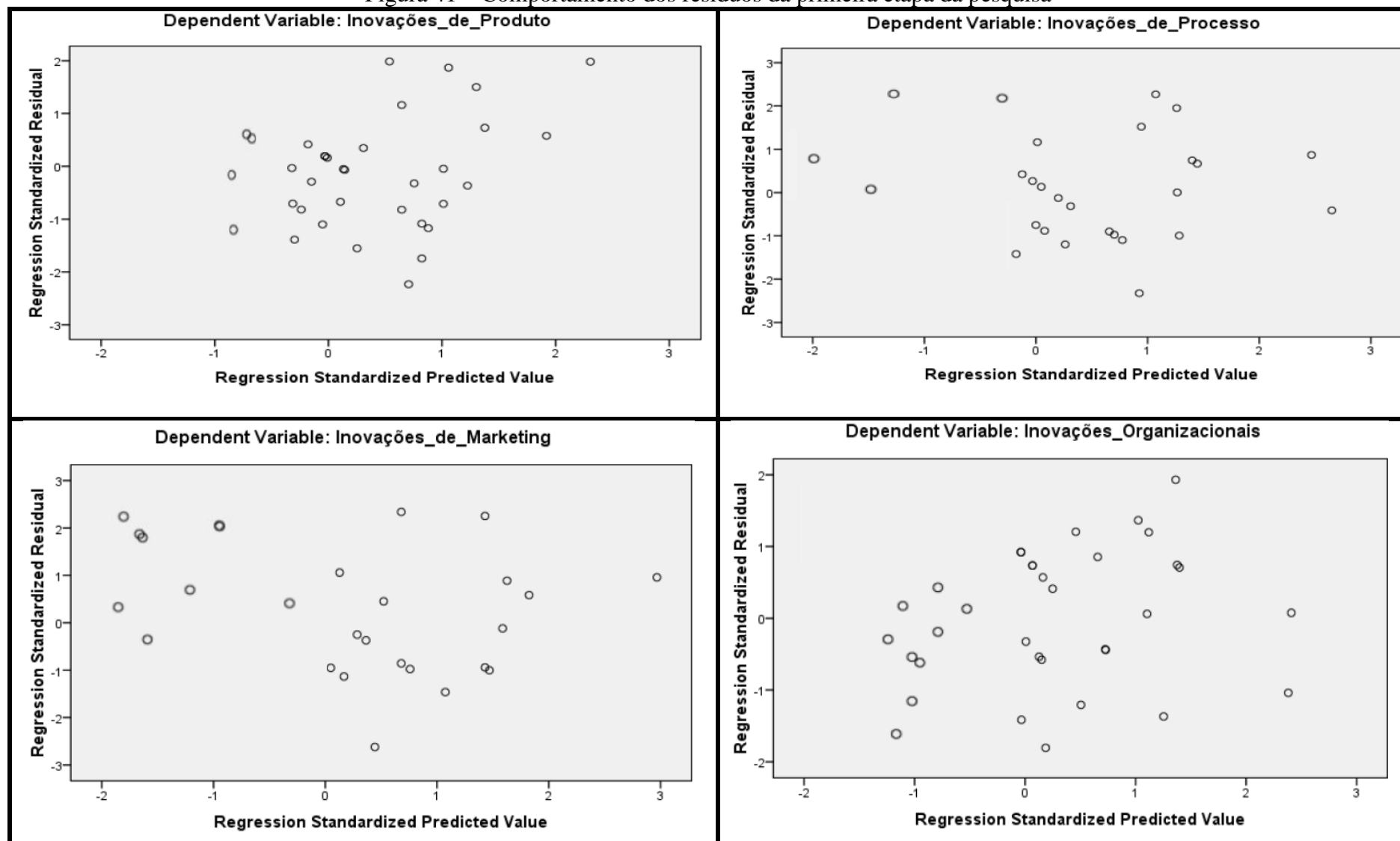
Com muitas variáveis explicativas a serem consideradas em um modelo existe a possibilidade de apresentarem comportamentos semelhantes. Assim, testamos a existência do pressuposto de multicolinearidade (FÁVERO et al., 2009). A premissa é que não deve existir relação linear entre as variáveis explicativas.

A tabela 27, apresenta a matriz de correlação entre as variáveis independentes demonstrando a fraca correlação entre elas, e supondo a inexistência de multicolinearidade.

Através do *software* SPSS, utilizando – se do procedimento *backward* de exclusão de variáveis, podemos identificar através das estatísticas *Variance Inflation Factor* (VIF) e *Tolerance* (Tolerância), também, o diagnóstico de multicolinearidade, sendo aceitável valores altos de Tolerância, ou seja, a variável explicativa em análise, compartilhará um percentual elevado de sua variância com as demais explicativas e valores baixos para VIF, ou seja, VIF com valores acima de cinco já podem conduzir a problemas de multicolinearidade (FÁVERO et al., 2009).

Com os pressupostos garantidos, conduzimos a próxima etapa da interpretação da regressão linear múltipla conforme tabela 28 a fim de que fosse analisada a influência relativa de cada uma delas e estabelecidos modelos de previsão. Analisando a variável resposta inovação de produto o valor $R^2 = 0,671$ permitiu constatar que os preditores envolvidos influenciam 67,1% das inovações de produto.

Figura 41 – Comportamento dos resíduos da primeira etapa da pesquisa



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 27 – Matriz de correlação das variáveis independentes

	Acesso	Longitudinalidade	Coordenação – Integração do Cuidado	Coordenação – Sistema de Informações	Integralidade – Serviços Disponíveis	Integralidade – Serviços Prestados	Enfoque na Família	Orientação Comunitária
Acesso	1							
Longitudinalidade	0,36353	1						
Coordenação – Integração do Cuidado	0,37957	0,34926	1					
Coordenação – Sistema de Informações	0,39978	0,31468	0,47575	1				
Integralidade – Serviços Disponíveis	0,54987	0,50771	0,58294	0,30941	1			
Integralidade – Serviços Prestados	0,28245	0,54583	0,32931	0,19780	0,53724	1		
Enfoque na Família	0,21569	0,09756	0,11041	- 0,03454	0,30639	0,10916	1	
Orientação Comunitária	0,20825	0,32781	0,13744	0,32307	0,27910	0,09791	0,32814	1

Fonte: Elaboração própria.

No teste da ANOVA foi possível identificar o resultado da significância do modelo proposto. Por meio da Sig. F= 0,000 < 0,05 foi possível rejeitarmos a hipótese nula de não significância conjunta dos parâmetros da equação a 5%, sendo o modelo em análise significativo. O resultado mais ajustado foi para inovações de *marketing* ($R^2 = 0,712$), onde, apenas, os preditores Acesso e Coordenação Integração_Cuidado influenciam 71,2%.

Na tabela 29, conduzimos a análise da regressão da variável dependente inovação em produto, através do procedimento *backward*, disponível no *software* SPSS, onde todas as variáveis são, inicialmente, incluídas, e, retiradas passo a passo, em função da análise de significância estatística Sig. t, até o modelo final, somente com as variáveis significantes. Podemos observar os valores dos coeficientes estimados e a sua respectiva significância, assim podemos retirar as seguintes conclusões: i) para cada unidade de acesso adicionado ao serviço da APS, a inovação de produto aumenta 2,269 unidades; ii) para cada unidade de atendimento continuado adicionado ao serviço da APS, a inovação de produto aumenta 5,534 unidades, e; iii) a coordenação – integração do cuidado, a inovação de produto aumenta 3,463 unidades. Todas as análises, estatisticamente, significativas, porque p – valor < 0,05.

A equação da reta da regressão para a variável inovação de produto foi:

$$\text{IPROD} = - 26,41 + 2,269.\text{acesso} + 5,534.\text{longitudinalidade} + 3,463.\text{coordenação – integração do cuidado}$$

Com a contribuição estatística das variáveis explicativas sobre a variável dependente buscou – se avaliar estes resultados com os achados, anteriormente, já descritos para essa etapa. Considerarmos a maior influência de variação, ou seja, da longitudinalidade sobre a inovação de produto. Refletindo sobre os achados encontrados de inovação de produto, encontramos programas e serviços que estabelecem a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo como nos serviços de tratamento para Hepatite C, tratamento medicamentoso para o pé diabético, serviço de planejamento familiar, dentre outros.

Ademais, pressupõem – se para esse atributo o estabelecimento de uma conexão entre a população e sua fonte de atenção devendo refletir – se em relações interpessoais intensas que expressem a identificação mútua entre os pacientes e seu médico ou ao serviço.

Além disso, a contribuição do atributo coordenação – integração do cuidado exige a existência de algum tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, dos prontuários/ registros ou ambos) a fim de ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe o que

pode ser pressuposto com as inovações de produto como a inclusão social por meio de capacitações, grupos de acolhimento, dentre outros.

Para o atributo acesso podemos pressupor aquelas atividades relacionadas a disponibilidade de outras formações profissionais em saúde, além da variedade de exames laboratoriais e diferentes medicamento no componente básico.

Na tabela 30 observamos o comportamento da variável resposta processo a partir das variáveis explicativas. Para as análises, estatisticamente, significativas, (valor – $p < 0,05$) as conclusões foram: i) para cada unidade de coordenação – integração do cuidado adicionado ao serviço da APS, a inovação de processo aumenta 2,312 unidades; ii) para cada unidade de acesso adicionado ao serviço da APS, a inovação de processo aumenta 2,074 unidades; iii) para integralidade – serviços disponíveis, a inovação de processo aumenta 2,504 unidades, e; iv) para cada unidade de inserção de serviços prestados, a inovação de processo aumenta 1,863 unidades.

Foi possível observar uma contribuição mais heterogênea das variáveis explicativas. A equação da reta da regressão para a variável inovação de processo foi:

$$IPROC = - 22,00 + 2,074.\text{acesso} + 2,312.\text{coordenação} - \text{integração do cuidado} + 2,504.\text{integralidade} - \text{serviços disponíveis} + 1,863.\text{integralidade} - \text{serviços prestados}$$

Ao analisarmos que a coordenação prevê a identificação de problemas abordados em outro serviço de saúde e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente, identificamos atividades de controle de demanda espontânea de atendimentos, coleta de exames laboratorial domiciliar, etc. Além disso observamos diferentes ações nas inovações de processo que podem ser interpretadas a partir da heterogeneidade da influência de diferentes atributos como a aquisição de instrumentos, possibilitando a integralidade – serviços disponíveis, os programas de educação nutricional e de fisioterapia que podem ser interpretados pela contribuição de acesso a diferentes iniciativas.

Observamos na tabela 31, o comportamento da variável dependente inovação de *marketing*. Através do procedimento *backward*, obtivemos quatro rodadas de exclusão de variáveis, permanecendo duas variáveis explicativas. Com isso podemos concluir que: i) para cada unidade de coordenação – integração do cuidado adicionado ao serviço da APS, a inovação de *marketing* aumenta 3,072 unidades, e; ii) para cada unidade de acesso adicionado ao serviço da APS, a inovação de *marketing* aumenta 2,559 unidades. A equação da reta da regressão para a variável inovação de *marketing* foi:

$$\text{IMARK} = - 14,82 + 2,559.\text{acesso} + 3,072.\text{coordenação} - \text{integração do cuidado}$$

Quando checamos as inovações de *marketing* introduzidas, observamos que diferentes ações estão envolvidas com o acesso, já que esse implica acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários, através da disseminação de informações que contribuam para a procura do serviço. Além disso observamos, que conduzir a divulgação dos serviços e procurar envolver a população adscrita pode ser vinculado a um processo de coordenação, visto a prerrogativa do atributo de integrar todo cuidado que o paciente recebe.

Por fim, na tabela 32, observamos o desempenho da variável dependente inovação organizacional a partir do procedimento estatístico. As conclusões retiradas dessa análise são: i) para cada novo serviço prestado, a inovação organizacional aumenta 1,731 unidades; ii) para cada unidade de coordenação – integração do cuidado adicionada ao serviço da APS, a inovação organizacional aumenta 1,863, e; iii) para cada unidade de acesso, aumentamos a inovação organizacional em 1,800 unidades.

$$\text{IORG} = - 19,32 + 1,800.\text{acesso} + 1,863.\text{coordenação} - \text{integração do cuidado} + 1,731.\text{integralidade} - \text{serviços prestados}$$

Ao analisarmos as inovações organizacionais introduzidas percebemos que existem diferentes ações que procuram coordenar a integração do cuidado como aquelas referentes a elaboração de POP e a própria informatização. As ações também procuram estabelecer melhorias nas condições de acesso e serviços prestados à população como aquelas referente a ativação de sala de observação, fluxo de agendamento de pacientes de grupo de risco pelo telefone, acolhimento específico para crianças e gestantes e prontuário da família.

Tabela 28 – Resumo e significância do modelo proposto para primeira etapa da pesquisa

Variável Dependente	R	R ²	R ² Ajustado	Erro Padrão	Durbin – Watson	F	Sig.
Inovação de Produto	0,819 ¹	0,671	0,628	1,64320057	1,660	19,452	0,000
Inovação de Processo	0,872 ²	0,760	0,736	1,03185086	1,897	31,743	0,000
Inovação de Marketing	0,844 ³	0,712	0,698	,93929920	1,719	51,862	0,000
Inovação Organizacional	0,859 ⁴	0,738	0,712	,92477582	1,911	28,236	0,000

Fonte: Elaboração própria.

(1) Preditores: Longitudinalidade, Acesso, Coordenação Integração_Cuidado, Integralidade Serviços_Prestados.

(2) Preditores: Integralidade Serviços_Prestados, Acesso, Coordenação Integração_Cuidado, Integralidade Serviços_Disponíveis.

(3) Preditores: Acesso, Coordenação Integração_Cuidado.

(4) Preditores: Integralidade Serviços_Prestados, Acesso, Coordenação Integração_Cuidado, Integralidade Serviços_Disponíveis.

Tabela 29 – Procedimento *backward* para variável dependente inovação de produto

Modelo	Coeficientes			t	Sig.	95% Intervalo Confiança para B		Estatística Colinearidade		
	B	Erro Padrão	Beta			Linha Inferior	Linha Superior	<i>Tolerance</i>	VIF	
1	(Constante)	- 30,751	4,905	- 6,27	,000	- 40,671	- 20,83			
	Acesso	1,815	,894	,226	2,02	,049	,006	3,624	,681	1,469
	Longitudinalidade	3,987	1,616	,287	2,46	,018	,719	7,255	,624	1,604
	Coordenação Integração_Cuidado	2,721	1,074	,288	2,53	,015	,549	4,894	,652	1,533
	Integralidade_Serviços_Prestados	1,792	1,424	,148	1,25	,216	- 1,088	4,671	,608	1,645
	Integralidade_Serviços_Disponíveis	2,028	1,841	,155	1,10	,278	- 1,697	5,752	,428	2,336
2	(Constante)	- 26,415	4,504	- 5,86	,000	- 35,511	- 17,32			
	Acesso	2,269	,849	,283	2,67	,011	,556	3,983	,795	1,258
	Longitudinalidade	5,534	1,449	,399	3,82	,000	2,609	8,459	,816	1,226
	Coordenação Integração_Cuidado	3,463	,992	,367	3,49	,001	1,460	5,466	,804	1,243

Fonte: Elaboração própria

Tabela 30 – Procedimento *backward* para variável dependente inovação de processo

Modelo	Coeficientes			t	Sig.	95% Intervalo Confiança para B		Estatística Colinearidade	
	B	Erro Padrão	Beta			Linha Inferior	Linha Superior	Tolerance	VIF
1	(Constant)	- 23,365	3,068	- 7,615	,000	- 29,571	- 17,158		
	Acesso	1,992	,560	,333 3,559	,001	,860	3,123	,681	1,469
	Longitudinalidade	1,152	1,011	,111 1,140	,261	-,892	3,197	,624	1,604
	Coordenação Integração_Cuidado	2,265	,672	,322 3,371	,002	,906	3,624	,652	1,533
	Integralidade_Serviços_Disponíveis	2,288	1,152	,234 1,986	,054	-,042	4,619	,428	2,336
	Integralidade_Serviços_Prestados	1,478	,891	,164 1,659	,105	-,324	3,279	,608	1,645
2	(Constant)	- 22,004	2,837	- 7,756	,000	- 27,738	- 16,270		
	Acesso	2,074	,557	,346 3,723	,001	,948	3,199	,692	1,445
	Coordenação Integração_Cuidado	2,312	,673	,329 3,435	,001	,952	3,673	,655	1,527
	Integralidade_Serviços_Disponíveis	2,504	1,141	,256 2,195	,034	,199	4,810	,440	2,273
	Integralidade_Serviços_Prestados	1,863	,827	,207 2,253	,030	,192	3,535	,711	1,407

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 31 – Procedimento *backward* para variável dependente inovação de *marketing*

Modelo	Coeficientes			t	Sig.	95% Intervalo Confiança para B		Estatística Colinearidade		
	B	Erro Padrão	Beta			Linha Inferior	Linha Superior	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	- 18,083	2,811		- 6,433	,000	- 23,769	- 12,397		
	Acesso	2,391	,513	,470	4,665	,000	1,354	3,428	,681	1,469
	Longitudinalidade	,964	,926	,109	1,041	,304	- ,909	2,837	,624	1,604
	Coordenação Integração_Cuidado	2,864	,616	,478	4,652	,000	1,618	4,109	,652	1,533
	Integralidade_Serviços_Disponíveis	- ,228	1,055	- ,027	- ,216	,830	- 2,363	1,907	,428	2,336
	Integralidade_Serviços_Prestados	,583	,816	,076	,714	,480	- 1,068	2,233	,608	1,645
2	(Constant)	- 18,272	2,640		- 6,922	,000	- 23,607	- 12,937		
	Acesso	2,350	,469	,461	5,005	,000	1,401	3,299	,792	1,262
	Longitudinalidade	,931	,903	,106	1,032	,308	- ,893	2,755	,641	1,560
	Coordenação Integração_Cuidado	2,809	,554	,469	5,069	,000	1,689	3,929	,786	1,273
	Integralidade_Serviços_Prestados	,526	,764	,069	,689	,495	- 1,017	2,069	,678	1,476
3	(Constant)	- 17,663	2,471		- 7,148	,000	- 22,654	- 12,673		
	Acesso	2,369	,466	,465	5,088	,000	1,429	3,310	,795	1,258
	Longitudinalidade	1,219	,795	,138	1,534	,133	- ,386	2,824	,816	1,226
	Coordenação Integração_Cuidado	2,867	,544	,479	5,269	,000	1,768	3,966	,804	1,243
4	(Constant)	- 14,829	1,667		- 8,896	,000	- 18,194	- 11,465		
	Acesso	2,559	,456	,503	5,614	,000	1,639	3,480	,856	1,168
	Coordenação Integração_Cuidado	3,072	,536	,513	5,731	,000	1,990	4,153	,856	1,168

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 32 – Procedimento *backward* para variável dependente inovação organizacional

Modelo	Coeficientes			t	Sig.	95% Intervalo Confiança para B		Estatística Colinearidade		
	B	Erro Padrão	Beta			Linha Inferior	Linha Superior	<i>Tolerance</i>	VIF	
1	(Constant)	- 20,571	2,748	- 7,487	,000	- 26,129	- 15,014			
	Acesso	1,724	,501	,336	3,441	,001	,711	2,738	,681	1,469
	Longitudinalidade	1,058	,905	,119	1,169	,250	- ,773	2,889	,624	1,604
	Coordenação Integração_Cuidado	1,820	,602	,301	3,025	,004	,603	3,037	,652	1,533
	Integralidade_Serviços_Disponíveis	1,838	1,032	,219	1,782	,083	- ,249	3,925	,428	2,336
	Integralidade_Serviços_Prestados	1,377	,798	,178	1,726	,092	- ,237	2,990	,608	1,645
2	(Constant)	- 19,322	2,543	- 7,599	,000	- 24,461	- 14,183			
	Acesso	1,800	,499	,350	3,605	,001	,791	2,809	,692	1,445
	Coordenação Integração_Cuidado	1,863	,603	,309	3,089	,004	,644	3,083	,655	1,527
	Integralidade_Serviços_Prestados	1,731	,741	,224	2,335	,025	,233	3,229	,711	1,407

Fonte: Elaboração própria

5.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA

A fim de evidenciar se existiam diferenças estabelecidas como significativas na concordância entre preferências e capacidades dos multiagentes para a mobilização das inovações, seguiu – se a análise de variância, através da *One – Way* ANOVA. Assim, os agrupamentos centrais, ou variáveis dependentes, representam a soma das menções para as 45 UBS. Foram considerados seis fatores: i) 1 – capacidade dos servidores; ii) 2 – preferência dos servidores; iii) 3 – capacidade dos usuários; iv) 4 – preferência dos usuários; v) 5 – capacidade do decisor político, e; vi) 6 – preferência do decisor político. Como os grupos foram pré – determinados desenvolveu – se um modelo com efeitos fixos. Ainda, considerou – se os pressupostos de que a amostra fosse aleatória e independente, com distribuição normal, conforme evidenciamos na tabela 33.

Tabela 33 – Teste de normalidade do agrupamento da segunda etapa da pesquisa

Teste de Normalidade			
	Kolmogorov – Smirnov¹		
	Estatística	n	p
Inovação de Produto	0,294	270	0,184
Inovação de Processo	0,167	270	0,200
Inovação de <i>Marketing</i>	0,312	270	0,069
Inovação Organizacional	0,187	270	0,200

Fonte: Elaboração própria.

(1) Correção de Lilliefors.

O valor da estatística de Levene apresentou um nível de significância p – valor $> 0,05$, permitindo – nos considerar que as variâncias das populações subjacentes aos quatro grupos em análise são iguais, respeitando mais um pressuposto de análise, conforme Tabela 34.

Tabela 34 – Homogeneidade de variâncias da segunda etapa da pesquisa

Teste de Homogeneidade das Variâncias				
	Levene			
	Estatística	df1	df2	p
Inovação de Produto	0,566	5	264	0,170
Inovação de Processo	0,631	5	264	0,455
Inovação de <i>Marketing</i>	0,786	5	264	0,189
Inovação Organizacional	0,528	5	264	0,295

Fonte: Elaboração própria.

5.4.1 Análise Exploratória de Dados da Segunda Etapa da Pesquisa

A comparação de localização dos diferentes grupos, ou seja, da tipologia da inovação, provém de uma variável (concordância) das capacidades e preferências dos diferentes agentes. Os p – valores da tabela 35 levou – nos a rejeição da hipótese da igualdade das médias (ao nível de significância 0,05), concluindo – se que os tipo de inovações mobilizadas tem uma comportamento distinto no que diz respeito as capacidades e preferências dos servidores, usuários e do decisor político.

O teste ANOVA, ainda, permite constatar uma diferença altamente significativa (p – valor <0,05) entre as médias dos grupos, de modo que rejeitamos a hipótese nula, ou seja, as médias populacionais são diferentes. A distribuição F é a razão da variância entre grupos sobre a variância dentro dos grupos. Assim, razões F maiores, indicam diferenças significativas entre os grupos e uma alta probabilidade de a hipótese nula ser rejeitada (HAIR Jr. et al., 2006) em algum ponto entre as médias dos grupos.

A fim de identificar a localização dos diferenciais significativos envolvendo a avaliação simultânea de estimativas intervalares de segurança das diferenças entre as diversas médias dos grupos, recorreu – se ao teste de Tukey para comparações múltiplas (HAIR Jr. et al., 2006). A estratégia do teste de Tukey consiste em definir a menor diferença significativa.

Tabela 35 – ANOVA da segunda etapa da pesquisa

ANOVA						
		Soma de Quadrados	df	Média ao Quadrado	F	Sig.
Inovação de Produto	Entre os Grupos	2026.133	5	405.227	18.264	0,000
	Dentro dos Grupos	5857.333	264	22.187		
	Total	7883.467	269			
Inovação de Processo	Entre os Grupos	3531.511	5	706.302	23.894	0,000
	Dentro dos Grupos	7803.689	264	29.559		
	Total	11335.200	269			
Inovação de Marketing	Entre os Grupos	8664.596	5	1732.919	77.597	0,000
	Dentro dos Grupos	5895.733	264	22.332		
	Total	14560.330	269			
Inovação Organizacional	Entre os Grupos	1141.530	5	228.306	11.878	0,000
	Dentro dos Grupos	5074.489	264	19.222		
	Total	6216.019	269			

Fonte: Elaboração própria.

Conclui – se que as médias dos quatro agrupamentos para os diferentes fatores não são todas iguais, conforme demonstra a figura 42 e Apêndice IV. Utilizando – se p – valor < 0,05,

as principais médias que são, de fato, diferenciadas em relação ao grupo, são aquelas relacionadas ao fator capacidade dos servidores, para todos os grupos, indicando que a sua mobilização para a ocorrência das inovações de produto, de processo, *marketing* e organizacional, são diferentes.

O teste de Tukey, também, apresenta uma tabela de grupos homogêneos, subdividindo os agrupamentos em subconjuntos, nos quais podemos considerar que as médias pertencentes ao subconjunto, não apresentam diferenças significativas, ao nível de significância adotado nas comparações múltiplas (HAIR Jr et al., 2006). Assim, considerando o nível de significância em 0,05, temos os seguintes subconjuntos para cada grupo:

- a) Inovações de Produto: i) Subconjunto 1 – capacidade dos servidores; ii) Subconjunto 2 – capacidade do decisor político, preferência do usuário, preferência do decisor político, preferência dos servidores, e; iii) Subconjunto 3 – capacidade do usuário.

- b) Inovações de Processo: i) Subconjunto 1 – capacidade dos servidores; ii) Subconjunto 2 – capacidade do decisor político, preferência do decisor político, preferência dos servidores, preferência do usuário, e; iii) Subconjunto 3 – preferência do decisor político, preferência dos servidores, preferência do usuário, capacidade do usuário.

- c) Inovações de *Marketing*: Subconjunto 1 – capacidade dos servidores; ii) Subconjunto 2 – preferência dos servidores e preferência do usuário; iii) Subconjunto 3 – capacidade do usuário, e; iv) Subconjunto 4 – capacidade do decisor político e preferência do decisor político.

- d) Inovações Organizacionais: i) Subconjunto 1 – capacidade dos servidores; ii) Subconjunto 2 – capacidade do decisor político, preferência do usuário, preferência dos servidores, preferência do decisor político, e; iii) Subconjunto 3 – capacidade do usuário.

5.5 DISCUSSÃO

Nesta seção procuramos retomar a perspectiva conceitual desenvolvida, a partir da fundamentação teórica da abordagem integradora da inovação em serviços, com os resultados empíricos na análise do estudo de caso do serviço público da APS de Caxias do Sul. Cabe lembrar que essa perspectiva pode ser compendiada pela tentativa de articular o enfoque da teoria da inovação com a abordagem integradora da inovação em serviços, e, que para tanto, mobilizamos o modelo conceitual multiagente de co – evolução das características dos serviços (WINDRUM e GARCÍA – GOÑI, 2008) A discussão tem por base a figura 43 sintetizada a partir dos resultados encontrados.

Empresas de serviços têm contribuído, substancialmente, para o desenvolvimento macroeconômico e social. No entanto, o caráter das atividades de inovação e sua organização e a implementação diferem, substancialmente, daqueles do setor industrial. Aspectos organizacionais, de integração com o cliente, auxiliam na coordenação das atividades no desenvolvimento de novos serviços, conforme já destacavam Hipp e Grupp (2005).

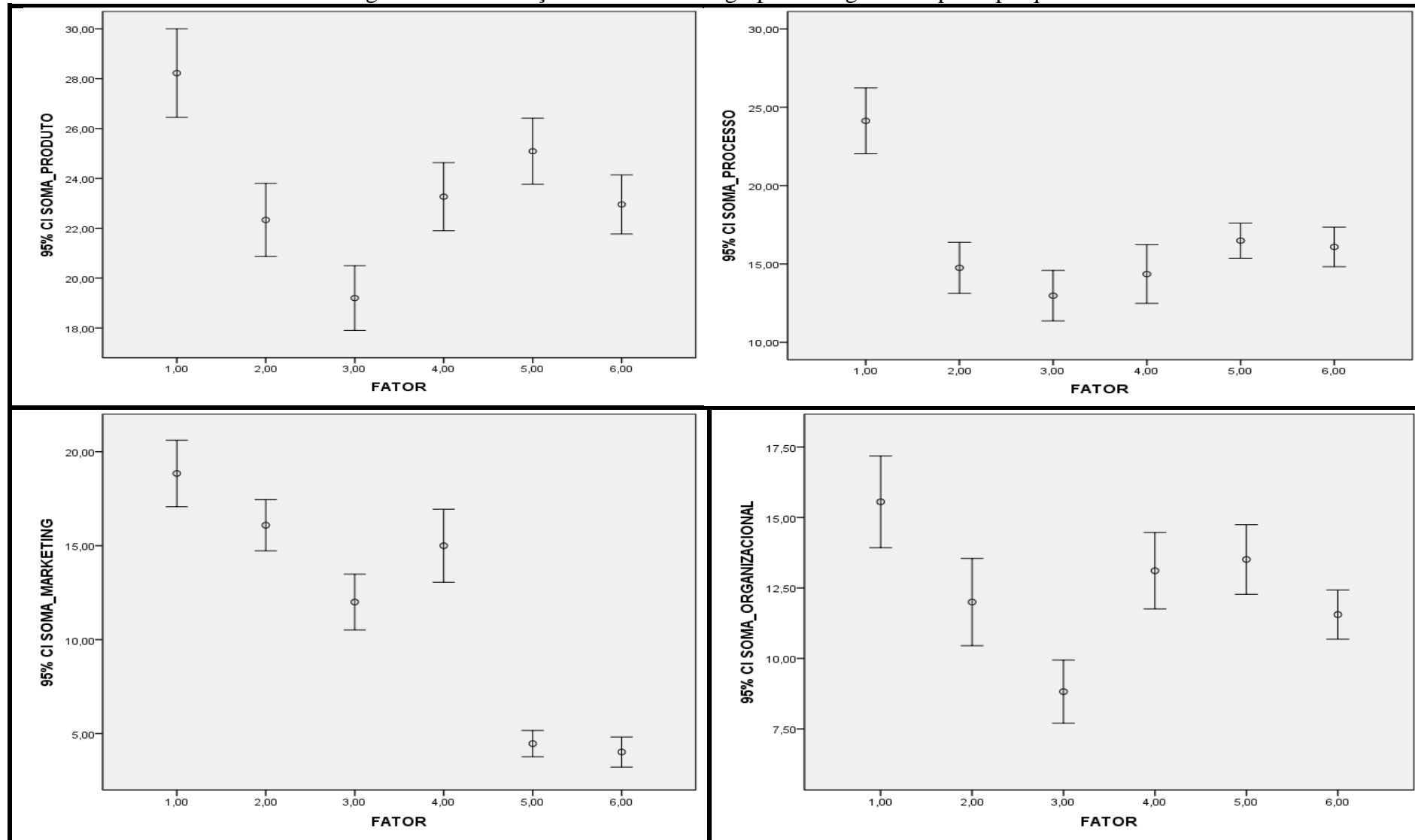
Corroborando, Sundbo (1997), já alertava em seus trabalhos a necessidade de identificar, organizacionalmente, as relações da produção do serviço, destacando o papel relevante na produção das características finais do serviço.

Na análise da primeira etapa da pesquisa, em nosso universo de 45 UBS que compõem a APS de Caxias do Sul (RS) procuramos identificar as inovações e o resultado que elas produziam para a rede, assegurando – se das diretrizes do Manual de Oslo (2005), que refere à saúde pública na análise de setor de serviços.

A proposta procurou abarcar os pressupostos da teoria da inovação, desenvolvidos por Schumpeter (1997), procurando considerar a análise da perspectiva do serviço e das relações do serviço, de forma a identificar sob uma ótica, denominada como periférica, em contraponto a uma abordagem, enfaticamente, tecnológica e científica da inovação, denominada mais abrangente (DJELLAL e GALLOUJ, 2005) à estrutura do processo da inovação nas atividades de cuidado de saúde em si.

Um dos pontos cruciais para a abordagem da teoria de inovação em serviços, é, justamente, o enfrentamento da relação produto – processo na análise das inovações e, conseqüentemente a construção de conceitos que permitam incorporar, inovações não – tecnológicas.

Figura 42 – Diferenças das médias dos grupos da segunda etapa da pesquisa



Fonte: Elaboração própria.

Figura 43 – Síntese dos resultados encontrados na pesquisa

Inovação	Multiagentes			Serviço da APS	Qualidade do Serviço
<p>Produto</p> <p>Introdução de exames, medicamentos e materiais.</p> <p>Introdução de novos serviços.</p> <p>Introdução de profissionais de diferentes áreas da saúde.</p>	<p>Mobilização mais intensa</p> <p>Capacidade dos servidores.</p>	<p>Mobilização Intermediária</p> <p>Capacidade do decisor político, preferência do usuário, preferência do decisor político, preferência dos servidores.</p>	<p>Mobilização fraca</p> <p>Capacidade do usuário.</p>	<p>45 UBS</p>	<p>Longitudinalidade</p> <p>Coordenação – Integração do Cuidado</p> <p>Acesso</p>
<p>Processo</p> <p>Adoção de equipamentos à produção do serviço.</p> <p>Mudanças em técnicas no método de produção de serviços.</p> <p>Melhoria na produção do serviço a partir da atuação de outras instituições.</p>	<p>Capacidade dos servidores.</p>	<p>Capacidade do decisor político, preferência do decisor político, preferência dos servidores, preferência do usuário.</p>	<p>Preferência do decisor político, preferência dos servidores, preferência do usuário, capacidade do usuário.</p>		<p>Integralidade – Serviços Disponíveis</p> <p>Coordenação – Integração do Cuidado</p> <p>Acesso</p> <p>Integralidade – Serviços Prestados</p>

<p>Marketing</p> <p>Atividades realizadas para a UBS e voltadas para o público externo.</p> <p>Atividades de divulgação e comunicação de serviços dentro da UBS.</p>	<p>Capacidade dos servidores.</p>	<p>Preferência dos servidores e preferência do usuário.</p>	<p>Capacidade do usuário, capacidade do decisor político e preferência do decisor político.</p>		<p>Coordenação – Integração do Cuidado</p> <p>Acesso</p>
<p>Organizacional</p> <p>Métodos e práticas de melhoria na estrutura de trabalho da UBS.</p> <p>Melhorias evidenciadas nas práticas de gestão da UBS</p>	<p>Capacidade dos servidores.</p>	<p>Capacidade do decisor político, preferência do usuário, preferência dos servidores, preferência do decisor político.</p>	<p>Capacidade do usuário.</p>		<p>Coordenação – Integração do Cuidado</p> <p>Acesso</p> <p>Integralidade – Serviços Prestados</p>

Fonte: Elaboração própria.

Koch e Hauknes (2005) esclarecem que qualquer caracterização do processo de inovação deve, inicialmente, partir da concepção da inovação como uma resposta da organização às pressões do ambiente onde elas atuam. Assim, a partir dos motivadores das inovações identificadas, encontramos elementos associados a essas respostas, tais como, a necessidade de gerenciamento local, coordenação, demanda da população e geração de informação e conhecimento.

A APS, na condição de serviço público, não se enquadraria na classificação de Pavitt (1984) como dependente dos fornecedores para inovar e nem tanto como um setor tecnológico condicionado pela indústria. Dessa forma, apesar de classificada como um setor de baixa densidade tecnológica, ela constitui – se em um serviço e inova e precisa ser considerada em um modelo a partir de capacidades, onde a trajetória profissional possui maior importância que a tecnológica (DOSI, 1982) decorrente da natureza do trabalho dessas organizações, baseada em qualificação profissional e capital humano.

Corroborando, a contribuição do conhecimento organizacional e elementos não tecnológicos no processo de inovação devem ser considerados, seja ele, por outras formas de habilidades pessoais, tais como experiência ou extenso contato com o usuário tornando – se apropriado, conforme defende Doloreux e Shearmur (2010) para descrever a eficiência de uma empresa prestadora de serviços, conforme desenvolvido em trabalho empírico.

Procurando, portanto, compreender, a abordagem integradora em serviços representa a corrente mais promissora em termos de avanços teóricos da inovação em serviços (DROEGE et al., 2009; DEVRIES e ERIK , 2006) pois serviços e indústria poderiam ser analisados sob o mesmo marco analítico. O modelo precursor dessa abordagem, de Gallouj e Weinstein (1997) não foi desenvolvido com base em uma dicotomia de produto e processo da inovação, conforme argumentam Droege et al. (2009) e corroboram Doloreux e Shearmur (2010), que tem sido, evidenciado, como a grande problemática da análise em serviço. Porém, ao observarmos mudanças precisas de componentes organizacionais, nos deparamos com dificuldades de análise gerando uma necessidade de aplicação de um modelo que separe o processo do serviço além das características técnicas e aprofunde a natureza de ambos.

Assim, a fim de alcançar uma análise pormenorizada da ligação e relações no processo de inovação no serviço da APS a partir da ação de multiagentes proposta no modelo de Windrum e García – Goñi (2008), decompuseram – se os serviços. Servidores, decisores políticos e usuários, trabalham tanto com o conceito de capacidades, já presentes em Gallouj e Weinstein (1997), como introduzem a categoria preferência ou interesses desses agentes

assumidos como atores no processo de inovação, por meio de suas ações a impactarem no serviço público.

Os servidores correspondem aos profissionais que atuam *in loco*, ou seja, na UBS e para a UBS, são representados pelo gestor, médicos (estatutários ou não), médicos da ESF, enfermeiros (estatutários), enfermeiro da ESF, dentista (profissional que atua na estrutura da UBS e na ESB), técnicos de enfermagem (estatutários ou não), ACS, fonoaudiólogo (estatutário), assistente social, psicólogo (estatutário). Estagiários de cursos de graduação de medicina, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, educação física, e, estagiário de nível médio para serviços administrativos. Os decisores políticos correspondem aos profissionais ligados ao MS, SES, e, a secretária municipal de saúde, juntamente aos núcleos de assessoramento da SMS representados pelo núcleo da mulher, núcleo da ESF, núcleo do adulto e idoso, núcleo de saúde mental, núcleo da criança, núcleo de odontologia e assistência farmacêutica, SACA e NEPS. Os usuários correspondem a população adscrita a partir do registro do Cartão SUS e identificados em sua totalidade na Tabela 3.

Na identificação do processo de inovação do serviço público da APS as características finais que estabelecem a prestação do serviço, foram evidenciadas na aplicação dos instrumentos do *PCATool* e a vinculação com análise de dependência das variáveis atributos de qualidade da APS com a tipologia da inovação.

Em termos de mobilização dos agentes, através da análise de dados, das etapas da pesquisa, todos apresentaram algum tipo de mobilização para a ocorrência de inovações, avaliada pela menção condicionada à variância dos dados e a partir dos motivadores e condição local do ambiente das UBS, discriminados, através, da intensidade dessas relações. Relevante observar, que em termos de capacidade dos usuários, identificamos em todas as etapas da pesquisa uma relação fraca no processo de inovação, contrário ao direcionamento de muitos trabalhos nos quais identificamos uma posição expressiva desses agentes para análise da gestão da inovação em serviços (CAINELLI et al., 2006; ALAM, 2006; SPOHER e MAGLIO, 2008; LOVE et al., 2010).

Importante ressaltar que na interpretação das inovações encontradas nas quatro dimensões do Manual de Oslo (2005) identificamos o processo de inovação em serviços como contínuo, sendo constituído por uma série de mudanças incrementais, tanto em produto, quanto em processo. Essas mudanças abarcam melhorias no comportamento pretendido, sendo uma disposição nova ou melhorada, um procedimento tecnológico, ou ferramenta administrativa que propiciou uma variação da produção, ou da prestação dos serviços de saúde, ou instrumentos necessários à sua prestação.

Entretanto, submetendo – se a escolha do modelo conceitual evidenciou – se que existe uma predisposição das capacidades dos servidores, responsáveis pela mobilização dos diferentes tipos de inovação na produção final do serviço. Essa constatação, difere, do exposto por Windrum e García – Goñi (2008) ao proporem o modelo, onde, não encontramos uma mobilização coesa dos multiagentes. Essas constatações decorreram da análise empírica onde no cruzamento de informações verificou – se que é na análise local das condições organizacionais da UBS e, também, da coordenação do trabalho que se estabelecem as mobilizações necessárias para o princípio do desenvolvimento da inovação.

Isso em parte pode ser categorizado por determinantes organizacionais nessa relação do processo para entrega do serviço, conforme já ressaltava Den Hertog et al., (2010) onde muitas proposições de serviço são combinações de elementos de serviço (bem/produto) de diferentes agentes de serviços que atendem juntos a uma necessidade de serviço. Sendo assim, o requerimento principal desse agente, associado ao conhecimento embargado, para produção do serviço.

Essa proposição gera uma importante aproximação no condicionamento entre inovações na UBS e os demais agentes da APS, possibilidade esta, não contemplada pelos pressupostos da fundamentação teórica sobre a abordagem integradora desde Gallouj e Weinstein (1997) apontados como iniciadores dessa orientação e sucedidos pelos trabalhos de Hipp e Grupp (2005), Spoher e Maglio (2008), Oke (2007) Droege et al. (2009), Metcalfe et al. (2005). Além disso, condiciona uma perspectiva de análise a partir das capacidades organizacionais na realização de um conjunto coordenado de tarefas utilizando recursos organizacionais para atingir um objetivo final.

Por outro lado, ressalta – se o aspecto fundamental da otimização dos serviços de saúde sob a estrutura da APS, como forma de garantia de prestação de serviço consoante a tendências identificadas no cenário de evolução temporal da atenção à saúde de diversos países como o crescimento populacional, a urbanização, o envelhecimento demográfico e os aumentos de gastos com saúde, destacando o incentivo ao desenvolvimento da estrutura organizacional, a partir dos prestadores do serviço.

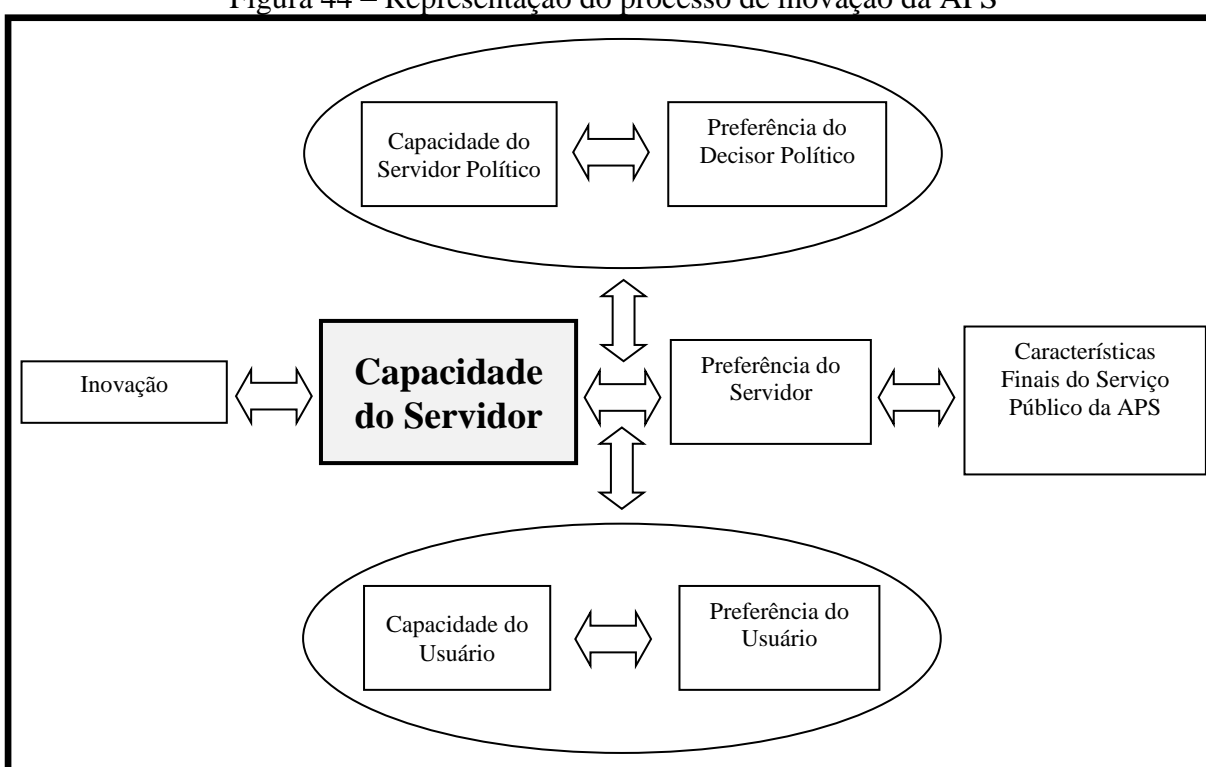
Sob o ponto de vista dos estudos da APS, existe o imperativo de entendimento de arranjos organizacionais de saúde na construção de novos modelos de prestação de serviços além da identificação de métodos para construir serviços inovativos que melhor atendam as necessidades de seus pacientes, famílias e comunidades. As lições aprendidas a partir de modelos de teste, como são identificados, são mobilizados a serem compartilhados para

auxiliar outros modelos nessa área (GREENHALGH et al., 2004; STARFIELD et al., 2005; BODENHEIMER, 2006; FLEUREN et al., 2004).

Assim, sob o aspecto da análise de serviços de saúde, a atuação destacada desses servidores promove a identificação com o ambiente onde atuam, corroborando, com a prerrogativa de Starfield et al. (2005) na necessidade de caracterização das comunidades de profissionais onde as práticas sociais, ou seja, a relação existente entre prestador e usuário, têm efeitos positivos e negativos sobre o desempenho da prestação de serviço às populações, como um mecanismo de aprendizagem e uma barreira à mudança e inovação.

Assim, sob o aspecto de compor uma estrutura do processo de inovação no serviço da APS, a Figura 44 procurou demonstrar essa contribuição, evidenciando o aspecto preponderante da ação dos prestadores de serviço, a fim de delinear os blocos de construção de uma abordagem baseada em evidências para a inovação em relação à prestação de serviços públicos.

Figura 44 – Representação do processo de inovação da APS



Fonte: Elaboração própria.

6 CONCLUSÕES

Esta tese procurou aplicar um marco conceitual para análise da dinâmica da inovação em serviços públicos considerando o desenvolvimento teórico dos conceitos e processos de inovação à teoria sobre inovação em serviços. Ou seja, articulou os conceitos e abordagens seminais da inovação (SCHUMPETER, 1997) com as principais especificidades das atividades de serviços sob a perspectiva de desenvolvimento de uma abordagem integradora sobre o processo, apresentando como precursores Gallouj e Weinstein (1997), para o contexto de serviços públicos.

Como exposto, anteriormente, o setor de serviços é de natureza extremamente heterogênea, compreendendo um leque muito variado de diferentes atividades com amplas características: desde os serviços pessoais, até aos serviços de maior escala como os serviços financeiros e serviços intensivos em conhecimento. Assim, resguardamos a orientação de Miles (2005) onde, na análise de serviços, existe uma necessidade muito prudente na generalização de conclusões obtidas nas observações ou estudos.

Levando em consideração que apesar da bibliografia atual, conforme já desenvolvido em capítulos anteriores, defender que o setor de serviços é inovativo, ainda necessita de modelos conceituais que sejam aceitos na explicação do fenômeno. A teoria sobre inovação é generalista (DROEGE et al., 2009; GALLOUJ e SAVONA, 2009; TOIVONEN e TUOMINEN, 2009), e, não obstante, existe uma fraca orientação sobre como gerenciar o processo de inovação em prestação de serviços públicos em função da adoção de modelos inadequados (OSBORNE e BROWN, 2011). Ao considerarmos a diversidade composta pelo setor de serviços, especificamente, uma estrutura pública, torna – se imperativo a análise da inovação baseada em evidências.

Na finalização dessa pesquisa, cabe ressaltar que as evidências e discussões apresentadas visam estimular o debate e à busca de complementações sobre o tema, a fim de colaborar no desenvolvimento do conhecimento científico capaz de influenciar ações, práticas e políticas para a promoção do serviço público da APS.

Assim, desenvolvendo uma explanação, na APS, as inovações ocorrem, principalmente, em nível organizacional, e nesse ambiente, as inovações se destacam devido a sua capacidade de encontrar as melhores formas de fazer as coisas, em assumir desafios apesar de recursos muitas vezes limitados. Conforme ressalta a Fundação de Pesquisa em Serviços da Saúde do Canadá (CHSRF, 2010) a inovação na APS representa uma capacidade de adaptação, de desenvolvimento de uma cultura de excelência e de melhoria contínua em

busca da qualidade. A análise da produtividade na APS é um fator determinante na evolução dos sistemas de saúde em nível local, regional e nacional.

Esta tese representou a continuidade de uma investigação que se iniciou em 2008, com a elaboração de algumas presunções, naquele tempo, que geraram interesse por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul (RS) e, em contrapartida do Ministério da Saúde, visto ser parte integrante das atividades de pesquisa do PET – Saúde. Da mesma forma, representa um interesse da comunidade científica, abordando em maior ou menor grau, a associação dos temas propostos (NODARI, 2011; NODARI et al., 2012; NODARI et al., 2013).

Nesse capítulo, são apresentadas as considerações finais a respeito desse trabalho levando em consideração as proposições e objetivo inicial, os quais serão retomados para análise. A contextualização geral dos principais destaques e contribuições, a partir da abordagem teórica conceitual e a proposição central, juntamente com a prática do caso analisado, acerca do serviço público de saúde também serão lembrados. Por último, apresentar – se – ão as limitações desse estudo e oportunidades de pesquisas futuras.

6.1 CONTRIBUIÇÕES A RESPEITO DO OBJETIVO GERAL

A APS compõe a RAS, e, constitui a porta de entrada da população ao sistema de saúde, que ocorre através da UBS. Nesse local, desenvolve – se a ESF que consiste em um Programa Federal de ampliação das ações da APS. Ao levar em consideração que a meta fundamental da APS é obter ganhos de saúde sustentáveis, através da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e, conseqüentemente, a condução de melhoria e crescimento econômico e social, o objetivo geral dessa pesquisa foi análise da inovação a partir de um processo dinâmico de combinação e recombinação de capacidades e preferências de diferentes agentes para produção final do serviço de saúde.

Ao examinar o pressuposto da questão da inovação e as dimensões propostas pelo Manual de Oslo (2005) verificou – se que o serviço de saúde público, como os demais setores econômicos, possui a inovação como eixo norteador para a evolução das organizações. A abordagem integradora da inovação em serviços contribui com a decomposição dessa produção em características, relacionadas a multiagentes, a fim de lidar com a especificidade dos serviços (WINDRUM e GARCÍA – GOÑI, 2008).

Diferentemente, do exposto por Windrum e García – Goñi (2008) ao proporem o modelo, não encontramos uma mobilização coesa dos multiagentes. Assim, em resumo, a

partir da proposta metodológica e suas respectivas etapas, foi possível compor um esquema estrutural do processo de inovação no serviço público da APS onde se identificou uma preponderância na requisição das capacidades dos servidores para mobilização dos diferentes tipos de inovação, e, conseqüentemente, na produção das características finais do serviço de saúde.

De tal modo, a mudança estrutural de uma economia baseada em tecnologia criada pela produção industrial para uma sociedade de serviços, que pondera o conhecimento como um recurso central, se reflete em mudanças no processo de inovação. Portanto, identificamos que o processo de inovação é vista como um método de aprendizagem que gera ou adquire novos conhecimentos, a partir da análise do ambiente local. Ou seja, o conhecimento, habilidade e atitude na identificação e execução das ações sociais e comunicacionais dos procedimentos existentes (GALLOUJ, 2002; SVEIBY, 1998) no contexto das UBS, pelos servidores, é o elemento preponderante para o encadeamento da dinâmica das inovações, e, conseqüentemente, o estímulo à melhoria dos atributos de qualidade da APS.

6.2 CONTRIBUIÇÕES A RESPEITO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para se atingir o objetivo geral acima descrito, foram elencados seis objetivos específicos, conforme explicitados a seguir.

Foram realizadas entrevistas em profundidade, através de instrumento validado pelas Professoras do Corpo Permanente do PPGA e pela Diretora das Ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul. Esse instrumento foi aplicado à população das UBS que compõem a APS, com prévia explanação sobre os conceitos referentes ao assunto pesquisado através de cartões conceito (APÊNDICE II) contendo as definições propostas pelo Manual de Oslo (2005). Essas inovações foram validadas pelo Núcleo Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, conforme Anexo V.

Da mesma forma foram aplicados dois questionários estruturados, validados, à população das UBS (APÊNDICES II e III). Identificaram – se, inicialmente, com o primeiro instrumento, os atributos qualificadores do serviço orientado para APS. O segundo questionário consistiu em identificar a relação das variáveis, representadas pela capacidade e preferência de multiagentes envolvidos no processo de produção de um serviço de saúde na APS, sobre o grupo de inovações levantadas na primeira etapa de pesquisa, especificamente, para cada UBS, que no todo, compreendem a APS de Caxias do Sul (RS). Submeteram – se os resultados a técnicas multivariadas de análise de dados.

O primeiro, segundo, terceiro e parte do quarto objetivo específico foram alcançados a partir da aplicação do instrumento do Apêndice II. Assim, na identificação a partir da tipologia das inovações (MANUAL DE OSLO, 2005) se identificou cinquenta e seis inovações, sendo dezoito inovações caracterizadas como produto, quinze caracterizadas como inovação de processo, onze inovações de *marketing* e doze inovações organizacionais.

As inovações de produto se caracterizaram por serviços de introdução de exames, medicamentos e materiais, introdução de novos serviços de tratamento e introdução de profissionais de diferentes áreas. Cabe lembrar, que o regramento de acesso, do documento do RENASES (BRASIL, 2012) não menciona a APS, como o serviço de acesso livre ao usuário para algumas das inovações de produto encontradas, como a introdução de exames de maior complexidade, diversidade de exames laboratoriais e introdução de medicamentos diferentes do componente básico. Esses serviços estão condicionados ao acesso para demais níveis de atenção à saúde. Isso permite evidenciar, que a APS está assumindo atribuições de demais níveis a fim de estabelecer uma velocidade maior e responsividade nos serviços a partir das demandas da população.

O motivador das inovações de produto foi condicionado a três elementos principais, à gestão da UBS junto a SMS, à demanda da população e para geração de informação e conhecimento local das necessidades. Os elementos relacionados à como as inovações de produto foram introduzidas estiveram relacionados a partir da análise local dos servidores e população, a ampliação da estrutura física, material e pessoal e certificação as leis, normas e portarias.

As inovações de produto tiveram uma maior consideração na sua implantação respondendo as necessidades da população e foram todas consideradas, incrementais. Metade das inovações de produto foi considerada como novidade para o mercado, ou seja, as UBS foram as primeiras a introduzir na região de adscrição, como no exemplo das dietas parenterais para gastrostomia.

Em relação às inovações de processo, foram identificadas ações correspondentes à adição de equipamentos na produção do serviço final, mudanças em técnicas e no método da produção do serviço, como no exemplo da coleta de material laboratorial domiciliar, e mudanças em técnicas de abordagem no tratamento a população como a partir da inserção do PET – Saúde.

Os motivadores dessas inovações de processo, foram representadas pela coordenação, a gestão e a demanda da população. As inovações de processo aconteceram a partir da análise local dos servidores e população, da ampliação da estrutura física, material e pessoal e da

aquisição de tecnologia. As inovações de processo tiveram a maior menção de implantação na UBS, foram incrementais e na sua maioria inédita para a organização.

As inovações de *marketing* foram identificadas como ações realizadas para a UBS e voltadas a estabelecer um relacionamento com o público externo e atividades de criação e divulgação e comunicação de serviços dentro da UBS.

O principal motivador das inovações de *marketing* foi à informação e conhecimento, a humanização e a coordenação das ações. Estas inovações partiram de recursos da análise local dos servidores e população. O local de ocorrência foi na população e também na UBS e todas as inovações foram consideradas incrementais e com maior participação de novidade para a organização.

Já as inovações organizacionais foram identificadas como ações de mudança em métodos propiciando melhorias no local de trabalho e nas práticas da gestão da UBS, como naquela relacionada à informatização de componentes. Os principais motivadores tiveram relacionado à coordenação facilitando o progresso do processo, que consiste no atendimento à população, permitindo agilidade e humanização no atendimento.

As inovações organizacionais partiram de recursos da análise local dos servidores e da população, da ampliação de estrutura física, material e pessoal e, também, a certificação a leis, normas e portarias. Consistiram em inovações que aconteceram na UBS e na população. Quanto à extensão estas inovações foram consideradas incrementais e consistiram em novidade para a organização.

Com a análise das entrevistas, conseguimos atingir o segundo objetivo específico, que foi identificar os atores da estrutura da APS, suas ações e comunicações. Os servidores correspondem aos profissionais que atuam *in loco*, ou seja, na UBS e para a UBS, são representados por profissionais de diferentes áreas de formação, além de estagiários de níveis de graduação e técnicos. Os decisores políticos correspondem aos profissionais ligados ao MS, SES, e, a secretária municipal de saúde, juntamente aos núcleos de assessoramento da SMS. Os usuários correspondem à população adscrita a partir do registro do Cartão SUS.

O terceiro objetivo de analisar a qualidade do serviço da APS foi satisfeito através da aplicação do *PCATool*. O conjunto da proposta desse instrumento, ou seja, a análise do acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a orientação comunitária e a orientação familiar voltada à saúde representam os escores essenciais e derivados, onde é classificado como alto escore de APS se igual ou maior a 6,6 e baixo escore de APS, menor que 6,6. Não identificamos no escore essencial (6,47) valor que permite condicionar a APS como um serviço qualificado. Diferentemente, no escore geral (6,63),

impulsionado por pontuações altas nos atributos derivados da orientação familiar e comunitária, obtivemos valor acima da média pré – determinada condicionando a APS como uma resposta de características de serviço de qualidade.

Quanto ao escore avaliado por cada atributo, convém ressaltar um coeficiente de variação alto para alguns atributos, como o acesso e a coordenação – sistema de informações, determinando uma significativa dispersão de respostas avaliadas de cada gestor da UBS, observando – se, menor, para as UBS avaliadas da zona rural em comparação com as da zona urbana. Assim, pode – se constatar uma diversidade do atendimento prestado a população, conforme o perfil demográfico local, chamando atenção à significativa diferença na extensão dos escores dos atributos da APS.

De posse dos resultados até esta etapa, o quarto objetivo específico foi alcançado em parte com o instrumento do Apêndice II, e, por outro lado com a aplicação do Apêndice III. A fim de condicionar e entender o processo de inovação na APS, um recurso dispensado para a análise foi entender a força de associação entre a tipologia da inovação e o escore do *PCATool* encontrado para as UBS.

Obteve – se a partir das considerações do nível de significância de 5% (p – valor $<0,005$), que o número de inovações apresentam uma forte relação positiva com o escore geral do *PCATool* de $R = 0,922$ (p – valor = $0,0008$). O coeficiente de determinação, que mede o modo de associação entre as variáveis, apresentou – se em $R^2 = 0,850$, ou seja, indicou que para cada unidade de mudança das variáveis contidas no escore do *PCATool*, se produz uma mudança de $0,850$ (85%) no número de inovações. Para as UBS que possuem uma quantidade maior de inovações, existem maiores despesas, ou seja, maior investimento financeiro tanto na estrutura, como em materiais e recursos humanos, evidenciando o aspecto de melhoria das condições de acessibilidade e equidade dos serviços oferecidos a população, associados às inovações.

O número de inovações também apresentou correlação significativa com as demais despesas da UBS ($R=0,800$), ou seja, quanto maior as despesas por UBS, maior a quantidade de inovações. Isso permite constatar que quanto maior a quantidade de recursos dispensados para a UBS, maior a possibilidade de introdução de inovações de produto, processo, *marketing* e organizacional. Além disso, outro aspecto relevante foi a correlação significativa existente entre o número de inovações com a formação educacional dos gestores ($R=0,675$), porém sem correlação significativa com o tempo de permanência desses profissionais como gestores ($R=0,360$). Com isso, pode – se concluir que as inovações acontecem,

independentemente, do tempo de cargo gerencial, assumindo uma característica coletiva, ou seja, acontecem pela estrutura, processos e demais profissionais das UBS.

Respeitando os pressupostos da análise estatística optou – se pela análise dos atributos que definem o escore essencial da APS, e, dessa forma, foi possível criar o modelo da previsão do comportamento da variável dependente (tipologia da inovação) diante das mudanças nas variáveis explicativas (atributos do *PCATool*) na análise conjunta das UBS a fim de compor as informações pertinentes na composição do processo de inovação em serviços na APS.

Os resultados foram analisados e descritos no Capítulo 5, mas em resumo na equação da regressão múltipla, para a variável inovação em produto, existe uma forte associação com o acesso, a longitudinalidade e coordenação – integração do cuidado e acesso ($R^2 = 0,671$). Para a variável inovação em processo, a associação ocorre com a integralidade, para serviços prestados e serviços disponíveis, para coordenação – integração do cuidado e acesso ($R^2 = 0,760$). Inovação em *marketing* possui uma forte associação com os atributos de coordenação – integração do cuidado e acesso ($R^2 = 0,712$). Já a inovação organizacional possui forte associação com a coordenação – integração do cuidado, acesso e integralidade – serviços prestados ($R^2 = 0,738$).

Isso permite evidenciar que os atributos exibem uma evidência de associação, respeitando as características de cada UBS, no que tange a acessibilidade aos serviços, o atendimento continuado para os indivíduos, a oferta de produtos e serviços à população, a coordenação para outros níveis do sistema de saúde. Em outras palavras, o estabelecimento de ações que promovam o desenvolvimento desses atributos essenciais, melhorando o escore de orientação à APS, desenvolvem, conjuntamente, as intervenções inovativas da organização.

Por fim, parte do quarto, quinto, sexto objetivos específicos foram atingidos com os resultados provenientes do segundo instrumento, conforme Apêndice III. Novamente, respeitaram – se os pressupostos de submissão dos dados na análise estatística. A fim de evidenciar se existiam diferenças significativas na concordância entre preferências e capacidades dos multiagentes para a mobilização das inovações, seguiu – se a análise de variância, através da *One – Way* ANOVA. A comparação de localização dos diferentes grupos, ou seja, da tipologia da inovação, levou – nos a rejeição da hipótese da igualdade das médias (p – valor $< 0,05$), concluindo – se que os tipos de inovações mobilizadas têm um comportamento distinto no que diz respeito às capacidades e preferências dos servidores, usuários e dos decisores políticos.

Procedeu – se, então, na localização dos diferenciais significativos envolvendo a avaliação simultânea de estimativas intervalares de segurança das diferenças entre as diversas médias dos grupos resultando na discriminação e isolamento do fator capacidade dos servidores. Em outras palavras, evidenciou – se a existência de uma preponderância ao requerimento das capacidades dos servidores, responsáveis pela mobilização dos diferentes tipos de inovação na produção final do serviço.

Portanto, na propriedade desse conjunto de resultados, elaborou – se o esquema estrutural do processo de inovação baseado em evidências nesse serviço, atingindo o sexto objetivo específico desta tese. Assim, nesse esboço, foi possível destacar o elemento da capacidade dos servidores, frente aos demais agentes envolvidos no serviço, como o diferencial direcionador da mobilização das inovações no serviço público da APS, ou seja, o aperfeiçoamento destas capacidades específicas leva a incorporação de novas características finais e, conseqüentemente, de novos serviços.

6.3 LIMITAÇÕES E OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS

No processo de edificação de um documento, fatores de dúvidas e inquietações vão surgindo ao longo do processo que correspondem, ora em limitações do estudo, ora em oportunidades futuras de pesquisa, senão para ambos. Nesta seção apresentamos essas implicações.

Na escolha de variáveis na construção do esquema de análise que serviu para a avaliação, foi tomado o cuidado de se selecionar indicadores representativos, confiáveis e válidos. Com isso, recorreu – se às variáveis chamadas, convenientes, por Santos – Filho (2007, p.1007), denominadas, assim, por aparentarem menor grau de incerteza, descartando – se, por vezes, outras dimensões mais complexas ou subjetivas.

Por tratar – se de uma investigação exploratória, observou – se a necessidade de conduzir o controle de dados coletados de forma mais contundente, ou seja, com maior objetividade no agrupamento de diferentes etapas. Como obtivemos uma quantidade de informação significativa, principalmente, na análise qualitativa, através das entrevistas, por vezes, tivemos dificuldades de reunir esses elementos.

Apesar de a pesquisa contemplar a população das UBS que representam a APS, podemos sugerir que não comporta generalizações, pois os resultados evidenciados na pesquisa exploratória nem sempre são o mesmos obtidos em uma diferente situação de campo

onde há variáveis muitas vezes imprevisíveis que podem intervir nos resultados. Por esse motivo, as conclusões permanecem restritas ao ambiente da pesquisa, porém apresentam uma orientação na condução de trabalhos sobre os temas pesquisados.

Como proposta de desenvolvimento de trabalhos futuros baseados nos resultados desse estudo, com o objetivo de aprimorar e complementar os achados sugere – se uma agenda pautada nas seguintes evidências:

- a) Demonstrar os achados através da aplicação de novos estudos de casos práticos. Em razão da emergência dos estudos de inovação em serviços, principalmente, em serviços públicos, novas aplicações práticas do modelo trariam mais efetividade e clareza à sua evolução, além de servirem como novas formas para validação do processo proposto.
- b) Ampliar a pesquisa para outros municípios do Estado seria relevante visto que as características regulamentadas pelo Governo Brasileiro sobre o SUS são direcionadoras, porém estabelecem que a execução local das ações em saúde está dentro da municipalização e são de responsabilidade local e por isso a oportunidade de compartilhar e evidenciar informações contribuindo para o desenvolvimento destas ações a nível nacional;
- c) Explorar outras funcionalidades do ambiente de serviços vinculadas às características do processo de inovação e características finais, no atendimento à saúde, seja através da seleção de um novo ambiente, seja pela utilização de diferentes ferramentas como a de gestão por competências, não explorada nesse trabalho;
- d) Ampliar a estrutura de aplicação dos instrumentos para os demais agentes do modelo a fim de compreender a percepção de usuários e decisores políticos, visando reduzir um possível viés de interpretação e, com isso, empreender esforços na validação de um instrumento através de análise fatorial confirmatória no serviço público da APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERNATHY, W.; UTTERBACK, J. Patterns of industrial innovation. **Technology Review**, v. 80, n. 7, p. 40 – 47, 1978.

ADAMS, R.; BESSANT, J.; PHELPS, R. Innovation management measurement: a review. **International Journal of Management Reviews**, v. 8, n. 1, p. 21 – 47, 2006.

AHMED, P. K. **Benchmarking Innovation Best Practice**. Europe Centre of Total Quality Management. University of Bradford, United Kingdom, 2001.

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.

ALBUQUERQUE, E. M.; CASSIOLATO J. C. As especificidades do sistema de inovação do Setor Saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro. **Estudos FESBE**. Belo Horizonte: FESBE, 2000. Disponível em: <http://www.fesbe.org.br/v3/index.php?page=geral/pagina_sim&code=estudosfesbe&tipo=estudosfesbe>. Acesso em: 04 jan 2009.

ALBURY, D. Fostering innovation in public services. **Public Money and Management**, v.25, n.1, p. 51 – 56, 2005.

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** n.1, p. 19 – 25, 2000.

ALVES – MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

AMANTINO – DE – ANDRADE, J. Actor – network theory (ANT): uma tradução para compreender o relacional e o estrutural nas redes interorganizacionais? **Cadernos Ebape. BR**, v. 2, n. 2, p. 1 – 14, 2004. Disponível em: < www.ebape.fgv.br/cadernosebape> Acesso em 24 abr 2012.

ANDREASSI, T. Inovação em serviços: desafios e oportunidades. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 8 mar. 2002. Disponível em <<http://www.gazetamercantil/sucessodonegocioUlt305u15167.shtml/>>. Acesso em: 8 mar. 2002.

ANTHONY, D. Changing the nature of physician referral relationships in the US: The impact of managed care. **Social Science and Medicine**, v.56, n.10, p.2033 – 2044, 2003.

ARMSTRONG, B.; LEVESQUE, O.; PERLIN, J. B.; RICK, C.; SCHECTMAN, G. Reinventing Veterans Health Administration: Focus on Primary Care. **Journal of Healthcare Management** v. 50, n.6, p. 399 – 408, 2005.

ATUAHENE – GIMA, K. Differential potency of factors affecting innovation performance in manufacturing and services firms in Australia. **Journal of Product Innovation Management**, v.13, n.1, p. 35 – 52, 1996.

ATUN, R. A.; MENABDE, N.; SALUVERE, K.; JESSE, M.; HABICHT, J. Introducing a Complex Health Innovation – Primary Health Care Reforms in Estonia. **Health Policy** v. 79, n.1, p.79 – 91, 2006.

_____; KYRATSI, I.; JELIC, G.; RADOS – MALICBEGOVIC, D.; GUROL – URGANCI, I. Diffusion of Complex Health Innovations – Implementation of Primary Health Care Reforms in Bosnia and Herzegovina. **Health Policy and Planning** v.22, n.1, p.28 – 39, 2007.

BALABANOVA, D.; MCKEE, M. Access to health care in a system transition: The case of Bulgaria. **International Journal of Health Planning and Management**, v.17, n.4, p.377 – 395, 2002.

BALLARD, D. J. Indicators to Improve Clinical Quality Across an Integrated Health Care System. **International Journal for Quality in Health Care** v. 15, n.2, p. 13 – 23, 2003.

BARBIERI, J.C. **Organizações inovadoras: Estudos e casos brasileiros**. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa Edições 70. Lisboa, 2006.

BARBOSA, P.R. **Inovação em Serviços de Saúde: dimensões analíticas e metodológicas na dinâmica de inovação em hospitais**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Programa de Pós – Graduação em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BARNETT, J.; VASILEIOU, K.; DJEMIL, F.; BROOKS, L.; YOUNG, T. Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: A qualitative study. **BMC Health Services Research**, v.11, n.2, p. 987 – 1001, 2011.

BARRAS, R. Interactive innovation in financial and business services: the vanguard of the service revolution. **Research Policy**, v.19, p.215 – 237, 1990.

_____. Towards a theory of innovation in services. **Research Policy**, v. 15, n. 4, p. 161 – 173, 1986.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BEDREGAL, P.; FERLIE, E. Evidence based primary care? A multi – tier, multiple stakeholder perspective from chile. **International Journal of Health Planning and Management**, v.16, n.1, p.47 – 60, 2001.

BESSANT, J.; TIDD, J. **Innovation and entrepreneurship**. Chichester: West Sussex, England, John Wiley & Sons, 2007.

_____.; MAHER, L. Developing radical service innovations in healthcare – The role of design methods. **International Journal of Innovation Management**, v. 13, n. 4, p. 555 – 568, 2009.

BLENKINSOPP, A.; BOND, C.; CELINO, G.; INCH, J.; GRAY, N. Medicines use review: Adoption and spread of a service innovation. **International Journal of Pharmacy Practice**, v.16, n.4, p. 271 – 276, 2008.

BODENHEIMER, T. Primary Care – Will it Survive? **New England Journal of Medicine** v. 355, n.9, p. 861 – 864, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil – 2001: consolidado**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 327p., 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Proposta orçamentária 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 95p., 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 200 p., 2006.

_____. Ministério da Saúde. **More health: a right for everyone: 2008 – 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 164 p., 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool – PCATool – Brasil*** . Brasília: Ministério da Saúde, 80 p., 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. 2012. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br/municipio.caxiasdosul.php>>. Acesso em 12 mai 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional dos Serviços em Saúde – RENASES**. Brasília: Ministério da Saúde, 71 p., 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio a Gestão Estratégica**. 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/index.php?tp=1&pr=1&ufibge=43>>. Acesso em 9 jan 2013.

BUGGE, M.; HAUKNES, J.; BLOCH, C.; SLIPERSATER, S. **The public sector in innovation systems**. Project Measuring Public Innovation in the Nordic Countries: Toward a common statistical approach, 2010. Disponível em: <<http://www.simpleofpublicsector.org/innovationsystems/project/>>. Acesso em 12 fev.2012.

CAINELLI, G., EVANGELISTA, R., SAVONA, M. Innovation and economic performance in services: A firm – level analysis. **Cambridge Journal of Economics**, v.30, n.3, p. 435 – 458, 2006.

CAMPBELL, S.; REEVES, D.; KONTOPANTELIS, E.; MIDDLETON, E.; SIBBALD, B.; ROLAND, M. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. **New England Journal of Medicine**, v. 357, n.2, p. 181 – 190, 2007.

CAPRA, M. L. P. (Org.) **Protocolo das Ações Básicas de Saúde: Uma Proposta em Defesa da Vida**. Caxias do Sul: Prefeitura Municipal, SMS, 2000.

CARAYANNIS, E. G.; GONZALEZ, E. Creativity and innovation = competitiveness? When, how and why. In: SHAVININA, L. V. (Org.), **The international handbook on innovation**. Oxford: Elsevier Science, 2003.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. **Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. Enfermagem, Florianópolis, 2006 Out – Dez.

CASSIOLATO J. E.; LASTRES, H. M. (Coords). **Arranjos e Sistemas Produtivos Locais e as Novas Políticas de Desenvolvimento Industrial e Tecnológico**. Rio de Janeiro: IE.UFRJ, 2000. Disponível em: <<http://www.bndes.gov.br>>. Acesso em: 10 set 2008.

_____; _____. Sistema de inovação e desenvolvimento as implicações de política. **São Paulo Perspectiva**, v. 19, n.1, p.32 – 44, 2005.

_____; _____. ARROIO, A. **Conhecimento, Sistemas de Inovação e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Contraponto, 2005.

CASTELLACCI, F.; GRODAL, S.; MENDONÇA, S.; WIBE, M. Advances and challenges in innovation studies. **Journal of Economic Issues**, v. 39, n. 1, March 2005.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v.4, n.26, p: 693 – 705, 2010.

CAXIAS DO SUL. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Secretaria do Planejamento Urbano. Plano Físico Urbano de Caxias do Sul**. Caxias do Sul, 2007.

_____. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL. **Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão Municipal, jan./dez. 2007**. Caxias do Sul, 2004.

CHAN, A.; GO, F.M.; PINE, R. Service innovation in Hong Kong: Attitudes and practice **Service Industries Journal**, v.18, n.2, p. 112 – 124, 1998.

CHANG, D. I.; BULTMAN, L.; DRAYTON, V. L.; KNIGHT, E. K.; RATTAY, K. T.; BARRETT, M.. Beyond medical care: How health systems can address children's needs through health promotion strategies. **Health Affairs**, v.26, n.2, p.466 – 473, 2007.

CHARLES – JONES, H.; MAY, C.; LATIMER, J.; ROLAND, M. Telephone triage by nurses in primary care: What is it for and what are the consequences likely to be? **Journal of Health Services Research and Policy**, v. 8, n.3, p.154 – 159, 2003.

CHREIM, S.; WILLIAMS, B. E.; JANZ, L.; DASTMALCHIAN, A. 2010. Change Agency in a Primary Health Care Context: The Case of Distributed Leadership. **Health Care Management Review** v. 35, n.3, p. 187 – 199, 2010.

CHESBROUGH, H. **Open Innovation: The New Imperative for Creating and Profiting from Technology**. Boston: Harvard Business School Press, 2003.

CHRISTENSEN, C. M.; RAYNOR, M. **Crescimento pela Inovação: The Innovator Solution**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHSRF. Canadian Health Services Research Foundation. **Casebook of Primary Healthcare Innovations**. Government of Canada, 2010.

CLAUS, S. M.; CAPRA, M. L. P. **Potencializando a Gestão para organizar o SUS a partir da Rede Básica**. 1. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

COHEN, L.Y., KAMIENSKI, P.W., ESPINO, R.L. Gate system focuses industrial basic research, **Research – technology Management**, v.3, n.41, p.34 – 37, 1998.

COHEN, D.; MCDANIEL JR. R. R.; CRABTREE, B. F.; RUHE, M. C.; WEYER, S. M.; TALLIA, A.; MILLER, W. L. A Practice Change Model for Quality Improvement in Primary Care Practice. **Journal of Healthcare Management** v. 49, n.3, p.155 – 168, 2004.

COOKE, P.; MORGAN, K. **The associational economy: firms, regions and innovation**. New York, Oxford University Press, 1998.

COOPER, D. R., SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CONDE, M. V. F.; ARAÚJO – JORGE, T. C. Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 8, p. 727 – 741, 2003.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS – Avanços e Desafios**. CONASS Documenta. 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Coleção Progestores/Para entender a Gestão do SUS, 2011.

CONILL, E. M. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en El contexto atual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y SUS efectos en la cohesión social**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

COOPER, R. G., EDGETT, S. J., KLEINSCHMIDT, J. Optimizing the Stage – Gate Process. What Best Practice Companies are doing I. **Research – Technology Management**, n. 45, p. 21 – 28, 2002a.

COOPER, R.G., EDGETT, S.J., KLEINSCHMIDT, J. Optimizing the Stage – Gate Process. What Best Practice Companies are doing II. **Research – Technology Management**, n.45, p. 43 – 50, 2002b.

COOPER, R. G. Perspective: The Stage – Gate® Idea – to – Launch Process—Update, What's New, and NexGen Systems. **Journal of Product Innovation Management**, n.25, p.213–232, 2008.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CROSS, R.; CUMMINGS, J. N. Tie and network correlates of individual performance in knowledge intensive work. **Academy of Management Journal**, v.47, n.6, p.928 – 37, 2004.

CUTLER, D.M.; MCCLELLAN, M. Is Technological Change in Medicine Worth it? **Health Affairs**, v. 20, n.5, p. 11 – 29, 2001.

DAMANPOUR, F.; SZABAT, P.; EVAN, C. J. The relationship between types of innovation and organizational performance. **Journal of Management Studies**, v. 26, n. 6, p. 45 – 98, 1989.

DAVENPORT, T.; PRUSAK, L. **Working Knowledge**. EUA: HBS Press, 1998.

DE VRIES, P; ERIK, F. Innovation in services in networks of organizations and in the distribution of services. **Research Policy**, v. 35, p. 1037 – 1051, 2006.

DEY, P.K.; HARIHARAN, S.; HO, W. Innovation in healthcare services: A customer – focused approach. **International Journal of Innovation and Learning**, v.6, n.4, p. 387 – 405, 2009.

DEN HERTOOG, P. Knowledge – intensive business services as co – producers of innovation. **International Journal of Innovation Management**, v. 4, p. 491 – 528, 2000.

_____.; VAN DER AA, W., DE JONG, M.W. Capabilities for managing service innovation: Towards a conceptual framework. **Journal of Service Management**, v. 21, n.4, p. 490 – 514, 2010.

_____.; GALLOUJ, F.; SEGERS, J. Measuring innovation in a 'low – tech' service industry: The case of the Dutch hospitality industry. **Service Industries Journal**, n. 4, v.31, p. 1429 – 1449, 2011.

_____.; RUBALCABA, L.; SEGERS, J. Is there a rationale for services R&D and innovation policies? **International Journal of Services, Technology and Management**, v.9, n.4, p. 334 – 354, 2008.

DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. Patterns of innovation organisation in service firms: Postal survey results and theoretical models. **Science and Public Policy**, v.28, n.1, p. 57 – 67, 2001.

_____.; _____. Mapping innovation dynamics in hospitals. **Research Policy**, n. 5, v. 34, p. 817 – 835, 2005.

_____.; _____. Innovation in care services for the elderly. **Service Industries Journal**, n. 3, v. 23, p. 303 – 327, 2006.

DOLOREUX, D.; SHEARMUR, R. Exploring and comparing innovation patterns across different knowledge intensive business services. **Economics of Innovation and New Technology**, 19 (7), pp. 605 – 625, 2010.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Quarterly**, v.44, n. 2, p.166 – 206, 1966.

_____. **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: QualyMark, 1994.

DOSI, G. The nature of the innovative process. In: DOSI, Giovanni et al. **Technical change and economic theory**. London, Pinter, 1982.

DREJER, I. Identifying innovation in surveys of services: a Schumpeterian perspective. **Research Policy**, n. 33, p. 551 – 562, 2004.

DROEGE, H.; HILDEBRAND, D.; FORCADA, M.H. Innovation in services: present findings, and future pathways. **Journal of Service Management**, v. 20, n. 2, p. 131 – 155, 2009.

DRUCKER, P. F. **Fator humano e desempenho**: o melhor de Peter Drucker sobre Administração. São Paulo: Pioneira, 1981.

EUROSTAT. Community Innovation Statistics: Innovation activities and their effects. **Science and Technology**, European Communities, 2007.

EVANGELISTA, R., SIRILLI, G. Innovation in the Service Sector Results from the Italian Statistical Survey. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 58, n. 3, p. 251 – 269, 1998.

EXTER A.; HERMANS H.; DOSLJAK M.; BUSSE R. **Health care systems in transition: Netherlands**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the Europe Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.

FARIAS, J.S. **Inovação em Gestão Hospitalar apoiada em Tecnologia de Informação e Comunicação: Um Estudo em Hospitais do Brasil e Espanha**. Tese (Doutorado em Administração). Programa de Pós – Graduação em Administração. Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2010.

FAULKNER, A.; MILLS, N.; BAINTON, D.; BAXTER, K.; KINNERSLEY, P.; PETERS, T. J.; SHARP, D. A Systematic Review of the Effect of Primary Care – Based Service Innovations on Quality and Patterns of Referral to Specialist Secondary Care. **British Journal of General Practice** v. 53, n.496, p. 878 – 884, 2003.

FÁVERO, L. P. et al. **Análise de Dados**: Modelagem Multivariada para Tomada de Decisões. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2009.

FLEUREN, M; WIEFFERINK, K.; PAULUSSEN, T. Determinants of innovation within health care organizations. **International Journal for Quality in Health Care**, n.2, v.16, p. 107 – 123, 2004.

FLEURY, S. M. T.; OUVÉRY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

FORD, E. W.; WELLS, R.; BAILEY, B. Sustainable Network Advantages: A Game Theoretic Approach to Community – Based Health Care Coalitions. **Health Care Management Review** v. 29, n.2, p.159 – 169, 2004.

FREEMAN, H.; GULLIVER, J.K; ADAMS, V. American report on their access to health care. **Health Affair**, v.4, n. 6, p. 6 – 18, 1987.

FTZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

FUCHS, V. Economics, Values, and Health Care Reform. **American Economic Review**, v. 86, n.1, p. 1 – 24, 2010.

FURMAN, J.; PORTER, M.; E STERN, S. The Determinants of National Innovative Capacity, **Research Policy**, v.31, n.5, p. 899 – 933, 2002.

GADREY, J. **Relations de service, marchés de services**. Paris : CNRS Editions, p. 23 – 42, 1994.

_____. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In: Salerno, M. S. (Org.). **Relação de Serviço: produto e avaliação**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 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.

GALLAHER, M.P.; PETRUSA, J.E. Innovation in the U.S. service sector. **Journal of Technology Transfer**, v.31, n.6, p. 611 – 628, 2006.

GALLOUJ, C. Innovation et trajectoires d'innovation dans le grand commerce: Une approche lancastérienne. **Innovations**, v. 19, n. 4, p. 75 – 99, 2004.

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, n.3, p. 405 – 420, 1997.

_____. **Innovation in the service economy**. Great Britain: Edward Elgar Publishing, 2002.

_____. Innovation in services and the attendant old and new myths. **Journal of Socio – Economics**, v.31, n.2, p. 137 – 154, 2002.

_____; WEINSTEIN, O. Innovation in Services. **Research Policy**, v.26, n.4, p.537 – 556, 1997.

_____ ; SAVONA, M. Innovation in Services: a review of the debate and a research agenda. **Journal of Evolutionary Economics**, v. 19, n.2, p. 149 – 172, 2009.

_____ ; WINDRUM, P. Services and Services Innovation. **Journal of Evolutionary Economics**, v. 19, n.3, p. 141 – 148, 2009.

GANN, D.M., SALTER, A.J. Innovation in project – based, service – enhanced firms: The construction of complex products and systems. **Research Policy**, v.29, n.8, p. 955 – 972, 2000.

GARCIA, M. H.; CUADRA, J. S.; GONZÁLEZ, C. L.; BARBOSA, C. R.; ASENIO, R. Patients and quality of primary health services. Survey of practitioners at the Bahía de Cádiz and La Janda health centers. **Atención Primaria**, v. 89, n. 7, p. 425 – 434, 2002.

GARCÍA – GOÑI, M. The adoption and diffusion of technological and organizational innovations in a Spanish hospital. In: WINDRUM, P.; KOCH, P. (Orgs). **Innovation in Public Sector Services** 1. ed. UK: Edward Elgar Publishing Limited, 2008. p. 89 – 117.

_____. Diferencias y similitudes entre los procesos de adopción de innovaciones tecnológicas y organizacionales en los hospitales. Em prensa. **Gaceta Sanitaria**, v.5, n.1, p.37 – 40, 2006.

GAULD, R.; BLANK, R.; BURGERS, J.; COHEN, A.B.; DOBROW, M.K.; IKEGAMI, N.K.I.; KWON, S.; LUXFORD, K.; MILETT, C.; WENDT, C. The World Health report 2008 – Primary healthcare: How wide is the gap between its agenda and implementation in 12 high – income health systems? **Healthcare Policy**, v.7, n.3, p. 38 – 58, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GINEXI, E. M.; HILTON, T. F. What's Next for Translation Research? **Evaluation and the Health Professions** v. 29, n.3, p.334 – 347, 2006.

GIOVANELLA, L. A Atenção Primária à Saúde nos países da União Européia: Configurações e Reformas Organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 5, p. 951 – 963, 2006.

GLADWIN, J.; DIXON, R. A.; WILSON, T.D. Rejection of an Innovation: Health Information Management Training Materials in East Africa. **Health Policy and Planning** v. 17, n.4, p.354 – 361, 2001.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of Access to Health Care Services: Theory and Evidence from the UK. **Social Science and Medicine** v. 53, n.9, p. 1149 – 1162, 2001.

GOES, J.B., PARK, S.H. Interorganizational links and innovation: The case of hospital services **Academy of Management Journal**, v.40, n.3, p. 673 – 696, 1997.

GOFIN, J.; GOFIN, R. Community – oriented primary care and primary health care. **American Journal Public Health**, v. 95, n. 5, p. 757 – 771, 2005.

GREEN, K.; HULL, R.; MCMEEKIN, A.; WALSCH, V. The construction of the techno – economic: networks vs. paradigms. **Research Policy**, v. 28, n.7, p. 777 – 792, 1999.

GREENHALGH, T., ROBERT, G., MACFARLANE, F., BATE, P., KYRIAKIDOU, O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. **Milbank Quarterly**, v. 82, n.4, p.581 – 629, 2004.

GRIGSBY, W. J. Telehealth: An assessment of growth and distribution. **Journal of Rural Health**, 18(2), 348 – 358, 2002.

GRILICHES, Z. **Output measurement in the service sector**. University of Chicago Press: Chicago, 1992.

GRÖNROOS, C. **Service Management and Marketing**. Lexington: Lexington Books, 1990.

GRUMBACH, K.; BODENHEIMER, T. Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? **Journal of the American Medical Association** v. 291, n. 10, p. 1246 – 1251, 2004.

HACKETT, G. P. Investment in technology: the service sector sinkhole? **Sloan Management Review: Massachusetts**, v. 31, n. 2, Winter, 1990.

HAIR Jr., J. F. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre, RS: Bookman, 2005. Reimpressão, 2006.

HAMILTON, R.; GORDON, P.; NAJI, S. Service innovation: The first year of a brief psychiatric screening clinic in primary care. **Psychiatric Bulletin**, v. 26, n.6, p. 218 – 221, 2002.

HARTLEY, J. Innovation in governance and public services: Past and present **Public Money and Management**, v. 25, n.1, p. 27 – 34, 2005.

HAUKNES, J. Services in innovation – Innovation in services. **SI4S Final Report**, p. 1 – 101, 1998.

HEALTH EVIDENCE NETWORK. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Copenhagen, World Health Organization, 2011.

HELMER, O. Problems in futures research: Delphi and causal cross – impact analysis. **Futures**, v.2, n.1, p. 17 – 31, 1977.

HENARD, D.H., SZYMANSKI, D.M. Why some new products are more successful than others. **Journal of Marketing Research**, v. 38, n.3, p. 362 – 37, 2001.

HESSELBEIN, F. **Leading for Innovation**. San Francisco: Jossey – Bass, 2002.

HIGGINS, J. M. Innovate or evaporate: Test & Improve Your Organization's IQ: Its Innovation Quotient. **New Management**, v. 32, n. 6, p. 321 – 342, 1995.

HIPP, C., GRUPP, H. Innovation in the service sector: The demand for service – specific

innovation measurement concepts and typologies. **Research Policy**, v. 34, n.4, p. 517 – 535, 2005.

HIRSCH, J.E. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v.102, n. 46, 2005.

HOWELLS, J.R.L.; TETHER, B.S. Innovation in Services: Issues at Stake and Trends – A Report for the Europe Commission. **INNO – Studies 2001: Lot 3 (ENTR – C/2001)**, Brussels – Luxembourg, 2004.

ILIFFE, S. From general practice to primary care: The industrialisation of family medicine in Britain. **Journal of Public Health Policy**, v.23, n.1, p.33 – 43, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Comissão Nacional de Classificação. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.cnae.ibge.gov.br/>>. Acesso em 12 mar 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Anual de Serviços (PAS)** realizada em 2007. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/comercioeservico/pas/pas2007/default.htm>>. Acesso em: 14 mar 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Economia em Saúde**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm>. Acesso em 10 dez.2012.

INSTITUTO DE PESQUISAS APLICADAS (IPEA). **Presença do Estado no Brasil: federação, suas unidades e municipalidades**. Brasília: IPEA, 2009.

JACKSON, M.O.; WOLINSKY, A. A Strategic Model of Social and Economic Networks. **Journal of Economic Theory**, v. 71, n.1, p. 44 – 74, 1996.

JASKYTE, K., KISIELIENE, A. Organizational innovation: A comparison of nonprofit human – service organizations in Lithuania and the United States. **International Social Work**, v.49, n.2, p. 165 – 176, 2006.

JONASH, R. S.; SOMMERLATTE, T. **The innovation premium: how next generation companies are achieving peak performance and profitability**. Basic Books: 1999.

JUNIOR, J. P. B.; MESSIAS, K. L. M. **Sistemas de Serviços de Saúde: Principais Tipologias e suas Relações com o Sistema de Saúde Brasileiro**. Revista Saúde, n. 1, p. 78 – 89, 2005.

KÖCH, P.; HAUKNES, J. **Innovation in the Public Sector**. Publin Report. Oslo: NIFU STEP, 2005. Disponível em : <<http://www.step.no/publin/>>. Acesso em 24 fev 2011.

KUBOTA, L.C. A inovação tecnológica das firmas de serviço no Brasil. In: DE NEGRI, J.A.; KUBOTA, L.C. (Org.) **Estrutura e Dinâmica do Setor de Serviços no Brasil**. Brasília: IPEA, v.1, p. 35 – 72, 2000.

KOVAR, M. G. Data systems of the National Center for Health Statistics. National Center for Health Statistics. **Vital and Health Statistics**, v.1, n. 23, 1989.

LANCASTER, K.J. A new approach to consumer theory. In: MILLER, D. (Ed.). **Consumption: critical concepts in the social sciences**. London: Taylor & Francis Group, 2001.

LASTRES, H.M.M.; CASSIOLATO, J.E.; ARROIO, A. **Conhecimento, Sistemas de Inovação e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Contraponto, 2005.

LATOUR, B. **Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: UNESP, 1997.

LAW, J. **A sociology of monsters, essays on power, technology and domination**. London: Routledge, 1991.

LIGHT, D. W. Managed Competition, Governmentality and Institutional Response in the United Kingdom. **Social Science and Medicine** v. 52, n.8, p.1167 – 1181, 2001.

LIMA, D.H. **Inovação em Regulação de Internação em UTI no DF: o processo e seus efeitos sobre os serviços**. Dissertação (Mestrado em Administração). Programa de Pós – Graduação em Administração. Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2011.

LOVE, J.H.; ROPER, S.; HEWITT – DUNDAS, N. Service innovation, embeddedness and business performance: Evidence from Northern Ireland **Regional Studies**, v. 44, n.8, p. 983 – 1004, 2010.

LOCKETT, A.; CURRIE, G.; WARING, J.; FINN, R.; MARTIN, G. The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. **Social Science and Medicine**, v.74, n.3, p. 356 – 363, 2012.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2002.

LUCK, J.; PEABODY, J. W. When do developing countries adopt managed care policies and technologies? part II: Infrastructure, techniques, and reform strategies. **American Journal of Managed Care**, v.8, n.12, p. 1093 – 1103, 2002.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. **Evaluation of the impact of the FamilyHealth Program on infant mortality in Brazil: 1990 – 2002**. J. Epidemiology. Community Health, v. 60, n. 1, p. 13 – 19, 2006.

_____; ALMEIDA, C. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis. Brazil. **International Journal of Health Planning and Management**, v.19, n. 4, p. 303 – 317, 2004.

MALERBA, F. Sectoral systems of innovation and production: concepts, analytical framework and empirical evidence. **Conference "The Future of Innovation Studies"**. Eindhoven University of Technology, The Netherlands, 20 – 23 September, 2001.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALMANN, E. M. Redes e Medição: Princípios epistemológicos da teoria da rede de mediadores em educação. **Revista Íbero – Americana de Educação**, v.1, n.54, p. 221 – 241, 2010.

MANUAL DE OSLO. **The measurement of scientific and technological activities**. 1997.

_____. **The measurement of scientific and technological activities**. 2005.

MASSACHUSETTS INSTITUTE OF TECHNOLOGY. **The architecture of invention**. The Lemelson – MIT Program. School of Engineering. Massachusetts: MIT Press, 2003.

MATSUZAWA, C.M. **Inovação em Saúde: Estudo de Casos**. Dissertação (Mestrado em Administração). Programa de Pós – Graduação em Administração, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

MATTA, G. C. **A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MCINTYRE, D.; KLUGMAN, B. The Human Face of Decentralisation and Integration of Health Services: Experience from South Africa. **Reproductive Health Matters** v. 11, n. 21, p. 108 – 119, 2003.

MEADS, G.; IWAMI, M.; WILD, A. Transferable learning from international primary care developments. **International Journal of Health Planning and Management**, v.20, n.3, p.253 – 267, 2005.

MENDES, E. V. et al. Distrito Sanitário: conceitos – chave. In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1993. p. 159 – 85.

MENDES, E. V. **Redes de Atenção à Saúde**. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MENOR, L.J.; ROTH, A.V. New service development competence in retail banking: construct development and measurement validation. **Journal of Operations Management**, v.25, p. 825 – 846, 2007.

METCALFE, J.S., JAMES, A., MINA, A. Emergent innovation systems and the delivery of clinical services: The case of intra – ocular lenses. **Research Policy**, v. 34, n. 9, p. 1283 – 1304, 2005.

MICHENER, J. L.; CHAMPAGNE, M. T.; YAGGY, D.; YAGGY, S. D.; KRAUSE, K. M. Making a home in the community for the academic medical center. **Academic Medicine**, v.80, n.1, p.57 – 61, 2005.

MIEDZINSKI, M. Development policy as a regional innovation policy? Local innovation and knowledge to enhance capacity development. **The young think tank of the Club of Rome**. 2006. Disponível em: <http://www.clubofrome.org/tt30/material/knowledge_sharing_michal.pdf>. Acesso em: 01 fev 2010.

MILES, I. Innovation in Services, Chapter 16 in J. Fagerberg, D. Mowery and R.R. Nelson (eds.). **The Oxford Handbook of Innovation**. Oxford University Press, Oxford: 2005.

_____. Services innovation: coming of age in the knowledge – based economy. **International Journal of Innovation Management**, v. 4, n. 4, p. 371 – 389, 2000.

_____; ROSTE, R. Differences between public and private sector innovation. **Publin Report No. D9**. In Publin – Innovation in the Public Sector. Oslo: NIFU STEP, 2005.

MISOCZKY, M. C. A. **O Campo da Atenção à Saúde Após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social**. Porto Alegre: Dacasa/PDG Saúde, 2002.

MITTON, C.; DIONNE, F.; MASUCCI, L.; WONG, S.; LAW, S. Innovations in health service organization and delivery in northern rural and remote regions. **International Journal of Circumpolar Health**, v.70, n.5, p.460 – 472, 2011.

MOLINA – CASTILLO, F., MUNUERA – ALEMÁN, J. New product performance indicators: Time horizon and importance attributed by managers. **Technovation**, v. 29, n. 10, p. 714 – 724, 2009.

MORRIS, T., WESTBROOK, R. Technical innovation and competitive advantage in retail financial services: A case study of change and industry response. **British Journal of Management**, v.7 n.1, p. 45 – 61, 1996.

MOWERY, D. C.; ROSENBERG, N. **Technology and the pursuit of economic growth**. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

MULLER, E., ZENKER, A. Business services as actors of knowledge transformation: The role of KIBS in regional and national innovation systems. **Research Policy**, v.30, n.9, p. 1501 – 1516, 2001.

NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil: Radiografia da Saúde**. 2. ed. Campinas: UNICAMP, 2001.

NELSON, R.; WINTER, S. **An Evolutionary Theory of Economic Change**. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, 1982.

NEWHOUSE, J.P. Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? **Journal of Economic Perspectives**, v. 6, n.3, p. 3 – 21, 2002.

NIJSSEN, E.J., HILLEBRAND, B., VERMEULEN, P.A.M., KEMP, R.G.M. Exploring product and service innovation similarities and differences. **International Journal of Research in Marketing**, v.23, n.3, p. 241 – 251, 2006.

NODARI, C. H. **Inovação na Atenção Primária à Saúde** de Caxias do Sul – RS. São Paulo: Blucher Acadêmico, 2011.

_____.; OLEA, P.M.; DORION, E.; SEVERO, E.A. Innovations in primary care management: a Brazilian Experience. **World Review of Entrepreneurship, Management and Sust. 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.

NOHRIA, N. Is a network perspective a useful way of studying organizations? In: NOHRIA, N.; ECCLES, R.G. **Networks and Organizations: structure, form and action**. Boston: Harvard Business Scholl Press, 1992.

NORRIS, F.H.; ROSEN, C.S. Innovations in disaster mental health services and evaluation: National, state, and local responses to hurricane Katrina (introduction to the special issue). **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 36, n.3, p. 159 – 164, 2009

NYONATOR, F. K.; AWOONOR – WILLIAMS, J. K.; PHILLIPS, J. F.; JONES, T. C.; MILLER, R. A. The Ghana Community – Based Health Planning and Services Initiative for Scaling Up Service Delivery Innovation. **Health Policy and Planning** v.20, n.1, p.25 – 34, 2005.

OCDE. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **Manual de Frascati**. Paris: 1981.

_____. **Biomedicine and Health Innovation**. Synthesis Report. Paris:2010.

OKE, A. Innovation types and innovation management practices in service companies. **International Journal of Operations and Production Management**, v.27, n.6, p. 564 – 587, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. Brasil: **O perfil do Sistema de Serviços de Saúde**. Brasília, 2005.

_____. **Doenças Crônico – degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.

ORGANIZACIÓN PAN – AMERICANA DE LA SALUD – OPAS. **Los Sistemas Locales de Salud**. Washington: OMS; 1990.

OSBORNE, S.; BROWN, L. Innovation, public policy and public services Delivery in the uk: the word that would be King? **Public Administration**, v. 89, n.4, p. 1335 – 1350, 2011.

OTANI, K.; HARRIS, L. E.; TIERNEY, W. M. A Paradigm Shift in Patient Satisfaction Assessment. **Medical Care Research and Review**, v. 60, n.3, p. 347 – 365, 2003.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. **In: Conferência Regional sobre Tendências Futuras e a Renovação da Meta Saúde para Todos**. Saúde Coletiva. RJ: UERJ/IMS, 21 p., 1998.

PARFITT, B. A.; CORNISH, F. Implementing family health nursing in tajikistan: From policy to practice in primary health care reform. **Social Science and Medicine**, v. 65, n.8, p.1720 – 1729, 2007.

PAVITT, K. Sectoral patterns of technical change: towards a taxonomy and theory. **Research Policy**, v.13, p.343 – 373, 1984.

PAVON, J.; GOODMAN, R. **Proyecto Modeltec**. La planificación del desarrollo tecnológico. Madrid: CDTI – CSIC, 1981.

PECUKONIS, E. V.; CORNELIUS, L.; PARRISH, M. The Future of Health Social Work. **Social Work in Health Care** v. 37, n.3, p. 1 – 15, 2003.

PEREIRA, J. P. C. N. et al. **Estrutura do arranjo produtivo, da governança e competência coletiva como fatores da competitividade local: um estudo exploratório no município de Holambra – SP, 2004**. Disponível em: <<http://www.poli.usp.br/Organizacao/Departamentos/shownamedoc.asp?codpes=2086560>>. Acesso em: 08 nov 2008.

PEREIRA, M. J. B.; BERNARDES, E. H.; SOUZA, N. R. **Atenção Primária à Saúde Diferente de Prevenção e Promoção**. Revista Ciência Et Praxis, n. 1, p. 47 – 52, 2008.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PIKA, A. Innovation networks in economics: from the incentive – based to the knowledge – based approaches. **European Journal of Innovation Management**, v. 5, n. 3, p. 152 – 163, 2002.

PIRES, C.P.; SARKAR, S.; CARVALHO, L. Innovation in services – How different from manufacturing? **Service Industries Journal**, v.28, n.10, p. 1339 – 1356, 2008.

PORTER, M. E. **The competitive advantage of nations**. London. Mc Millan, 1990, p. 73 – 93.

POTTS, J. The innovation deficit in public services: The curious problem of too much efficiency and not enough waste and failure. **Innovation: Management, Policy and Practice**, v.11, n.1, p. 34 – 49, 2009.

_____.; KASTELLE, T. Public sector innovation research: what's next? **Innovation: Management. Policy & Practice** v.12, n.2, p.122 – 137, 2010.

_____.; MANDEVILLE, T. Toward an evolutionary theory of innovation and growth in the service economy. **Prometheus**, v.25, n.22, p. 147 – 159, 2007.

PRAHALAD, C.K. e HAMEL, G. The Core Competence of the Corporation, **Harvard Business Review**, V,12, n.3, p. 79 – 91, 1990.

PRICE, D. J. Networks of scientific papers. **Science** v.149, p.510–515, 1965

QUINN, J. B.; BARUCH, J. J.; PAQUETTE, P. C. Technology in services. **Scientific American**, v. 257, n. 2, p.50, 1987.

RETCHEIN, S. M.; PERLIN, J. B.; CLARK, R. R. Clinical service standards at academic health centers. **International Journal for Quality in Health Care**, v.13, n.3, p.247 – 256, 2001.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
RITALA, P.; HURMELINNA – LAUKKANEN, P.; BLOMQVIST, K. Tug of war in innovation – cooperative service development. **International Journal of Services, Technology and Management**, v.12, n.3, pp. 225 – 272, 2009.

ROBLIN, D. W.; VOGT, T. M.; FIREMAN, B. Primary health care teams: Opportunities and challenges in evaluation of service delivery innovations. **Journal of Ambulatory Care Management**, v.26, n.1, p. 22 – 35, 2003.

RODGERS, S. Innovation in food service technology and its strategic role. **International Journal of Hospitality Management**, 2v.26, n.4, p. 899 – 912, 2007.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ROGERS, E. M. **Diffusion of Innovations**. New York: The Free Press, 1962.

ROHRBACH, L. A.; GRANA, R.; SUSSMAN, S.; VALENTE, T. W. Type II Translation: Transporting Prevention Interventions from Research to Real – World Settings. **Evaluation and the Health Professions** v. 29 n.3, p. 302 – 333, 2006.

ROSENBERG, N. **Inside the black box: Technology and economics**. 1. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

ROTHWELL, R. Industrial innovation: success, strategy, trends. In: DODGSON, M.; ROTHWELL, R. **The handbook of industrial innovation**. Cheltenham: Edward Elgar, 1996.

SALTER, S.; TETHER, B. S. **Innovation Studies**: A background review paper prepared for the inaugural meeting of the Grand Challenges in Services (GCS). Business School, Oxford, 2006.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. **European health care reform: analysis of current strategies**. Copenhagen, Regional Office for Europe, World Health Organization, 1997.

SASSER, W. E.; OLSEN, R. P.; WICKOFF, D. D. **Management of service operations: text, cases and readings**. Boston: Allyn & Bacon, 1978.

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.

SCHUMPETER, J. A. **The theory of economic development**. Cambridge: Harvard University Press, 1912.

_____. **The Theory of Economic Development**. Cambridge. Harvard University Press, 1934.

_____. **Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e ciclo econômico**. Tradução de Maria Sílvia Possas. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

SEBRAE. **Arranjos produtivos locais não podem ser uma babel**. 2003. Disponível em: <http://www.sebraesp.com.br/principal/sebrae%2520em%2520a%C3%A7%C3%A3o/apl/documentosapl/arranjos_produtivos_locais_n%C3%A3o_podem_ser_uma_babel.pdf>. Acesso em: 10 dez 2011.

SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Prefeitura Municipal de Caxias do Sul**. 2012 Disponível em: <<http://www.caxias.rs.gov.br/>>. Acesso em: 10 jan 2012.

SEEGY, U.; GLEICH, R.; WALD, A.; MUDDE, P.; MOTWANI, J. The management of service innovation: An empirical investigation. **International Journal of Services and Operations Management**, v. 4, n.6, p. 672 – 686, 2008.

SHARAN, S. Primary Health Care. **Journal of Health Management**, v. 7, n. 2, p. 295 – 302, Out. 2005.

SHIELDS, A. E.; SHIN, P.; LEU, M. G.; LEVY, D. E.; BETANCOURT, R. M.; HAWKINS, D.; PROSER, M. Adoption of Health Information Technology in Community Health Centers: Results of a National Survey. **Health Affairs** v. 26, n.5, p.1373 – 1383, 2007.

SILVA, D.O. **Proposta para Análise da Gestão da Inovação em Serviços Hospitalares: Um estudo no Hospital Mãe de Deus – Porto Alegre, RS**. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Programa de Pós – Graduação em Engenharia da Produção e Sistemas. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2011.

SIRILLI, G.; EVANGELISTA, R. Technological innovation in services and manufacturing: results from Italian surveys. **Research Policy**, v. 27, p. 881 – 899, 1998.

SMITH, R. Commentary: the power of the unrelenting impact factor—is it a force for good or harm? **International Journal of Epidemiology**, v.35, p.1129–1130, 2006.

SONG, L.Z.; SONG, M.; DI BENEDETTO, C.A. A staged service innovation model **Decision Sciences**, v. 40, n. 3, p. 571 – 599, 2009.

SOTARAUTA, M. Leadership in promotion of regional development an empirical analysis of power and influence tactics in the finnish regional development activity. **SENTE Working Papers**. 2007. Disponível em: <www.sjoki.uta.fi/sente>. Acesso em: 04 fev 2009.

SPOHRER, J., MAGLIO, P.P. The emergence of service science: Toward systematic service innovations to accelerate co – creation of value. **Production and Operations Management**, v.17, n.3, p. 238 – 246, 2008.

STANTON, P. Competitive health policies and community health. **Social Science and Medicine**, v.52, n.5, p. 671 – 679, 2001.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **Lancet**, v. 344, p. 1129 – 1133, 1994.

_____. Is US health really the best in the world? **JAMA**, v. 284, n. 4, p. 483 – 485, Jul. 2000.

_____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

_____. Point: The changing nature of disease: Implications for health services. **Medical Care**, v. 49, p. 971 – 972, 2011.

_____. ; SHI, L.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **Journal of Family Practices**, v31, n. 50, p. 161 – 175, 2001.

_____.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quartely**, v. 83, p. 457 – 502, 2005.

STOREY, C.; EASINGWOOD, C. The impact of the new product development project on the success of financial services. **Service Industries Journal**, v. 13, n. 3, p. 40 – 54, 1993.

SUNDBO, J. Management of innovation in services. **Service Industries Journal**, v. 17, n.3, p. 432 – 455, 1997.

_____.; GALLOUJ, F. Innovation as a loosely coupled system in services. **SI4S Topical Paper**, n.4, 1998a.

_____.; GALLOUJ, F. Innovation in Services. **SI4S Synthesis Paper**, n.2, 1998b.

TAKEDA, S. M. P. Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. (Orgs). **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p. 76 – 87.

TEIXEIRA, C. F. **Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS**. Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 2002, p. 153 – 162.

THE DEVELOPMENT OF SOCIAL NETWORK ANALYSIS. Vancouver: Empirical Press, 2006. Disponível em: < http://train.ed.psu.edu/WFED – 543/SocNet_TheoryApp.pdf>. Acesso em 04/02/2012.

TISCHLER, V.; CUMELLA, S.; BELLERBY, T.; VOSTANIS, P. Service innovations: A mental health service for homeless children and families. *Psychiatric Bulletin*, v. 24, n.9, p. 339 – 341, 2000.

THOMAS, L. M.; REYNOLDS, T.; O'BRIEN, L. Innovation and change: Shaping district nursing services to meet the needs of primary health care. **Journal of Nursing Management**, v.14, n.6, p. 447 – 454, 2006.

TIDD, J., BESSANT, J., PAVITT, K. **Managing Innovation: Integrating Technological, Market and Organizational Change**. 3. ed. Chichester: West Sussex, England, John Wiley & Sons, 2005.

TIGRE, P. B. **Gestão da Inovação. A Economia da Tecnologia no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

THRANE, S.; BLAABJERG, S.; MOLLER, R.H. Innovative path dependence: Making sense of product and service innovation in path dependent innovation processes. **Research Policy**, v. 39, p. 932 – 944, 2010.

TOIVONEN, M., TUOMINEN, T. Emergence of innovations in services. **Service Industries Journal**, v. 29, n.7, p. 887 – 902, 2009.

U. S. DEPARTMENT OF COMMERCE. **Between Invention and Innovation: an analysis of funding for early – stage technology development**. National Institute of Standards and Technology, 2002

VARGAS, E. P. **A DINÂMICA DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: O Caso dos Serviços Hospitalares no Brasil e na França**. Tese (Doutorado em Administração). Programa de Pós – Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

VAN DER AA, W., ELFRING, T. Realizing innovation in services. **Scandinavian Journal of Management**, v.18, n.2, p. 155 – 171, 2002.

VEN, A. H. V. **Research on the management of innovation: the Minnesota studies**. New York: Oxford University Press, 1999.

VON TUNZELMANN, N.; ACHA, V. Innovation in “Low Tech’ Industries in J. Fagerberg, D. Mowery and R.R. Nelson (org.), **The Oxford Handbook of Innovation**, Oxford University Press, Oxford, 2005.

VUORI, H. Primary Care: Is There Enough Time for Prevention? **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 41, p. 635 – 641, Abr. 1992.

WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, J. S. Sustainable primary health care services in rural and remote areas: Innovation and evidence. **Australian Journal of Rural Health**, v.19, n.3, p.118 – 124, 2011.

WARNE, T.; MCANDREW, S.; KING, M.; HOLLAND, K. Learning to listen to the organisational rhetoric of primary health and social care integration. **Nurse Education Today**, v.27, n.8, 947 – 954, 2007.

WEINER, J., STARFIELD, B. Measurement of the primary care roles of office – based physicians. **American Journal of Public Health**, n. 73, p.666 – 671, 1983.

WEST, J.; LAKHANI, K. Getting Clear About the Role of Communities in Open Innovation. **Industry & Innovation**, v.15, n.2, p. 223 – 231, 2008.

WATERMAN, H.; MARSHALL, M.; NOBLE, J.; DAVIES, H.; WALSH, K.; SHEAFF, R.; ELWYN, G. The role of action research in the investigation and diffusion of innovations in health care: The PRIDE project. **Qualitative Health Research**, v.17, n.3, 373 – 381, 2007.

WHITLOCK, E. P.; ORLEANS, C.Y.; PENDER, N.; ALLAN, J. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions an Evidence – Based Approach. **American Journal of Preventive Medicine** v. 22, n.4, p. 267 – 284, 2002.

WHITTLE, A; SPICER, A. Is Actor Network Theory Critique? **Organization Studies**, v. 29, n. 4, p. 611–629, 2008.

WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES. **Workshop on Integrated Care**. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2011.

WINDRUM, P. Innovation and entrepreneurship in public services. In: WINDRUM, P.; KOCH, P. (Orgs). **Innovation in Public Sector Services** 1. ed. UK: Edward Elgar Publishing Limited, 2008. p. 3 – 20.

_____.; DIAZ, C., FILIOU, D. Exploring the relationship between technical and service characteristics. **Journal of Evolutionary Economics**, v.19, n.4, p. 567 – 588, 2009.

_____, GARCÍA – GOÑI, M. A neo – Schumpeterian model of health services innovation. **Research Policy**, n. 37, p. 649 – 672, 2008.

WONG, S. Y.; KUNG, K.; GRIFFITHS, S. M.; CARTHY, T.; WONG, M. C.; LO, S. V; CHUNG, V.C.; GOGGINS, W.B.; STARFIELD, B. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. **BMC Public Health**, v. 10, n. 397, 2010.

WORLD BANK. **The state in a changing world**. World Development Report 1992 – 1993. Washington (DC): The World Bank, 1993.

_____. **Entering the 21st century**. World Development Report 1999 – 2000. Washington(DC): The World Bank, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care. Report of the International Conference**. Alma – Ata, 6 – 12 September, 1978. Geneva, WHO, 1978.

_____. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO; 2000.

_____. **Health Promotion Glossary.** Geneva: WHO, 1998.

_____. **Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health.** Discussion Paper, n. 5. Geneva: WHO, 2005.

_____. **Health Systems, Health, Wealth and Societal Well – being.** England: McGraw – Hill Open University Press, 2012.

_____. **Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach.** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008a.

_____. **Integrated health services: what and why?** Geneva, World Health Organization, Technical Brief n° 1, 2008b.

_____. **World Health Statistics 2008.** Geneva, WHO, 2008c.

_____. **Primary health care: now more than ever.** Geneva, The World Health Report, 2008d.

_____. **Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach.** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008e.

YARNALL, K. S. H.; POLLAK, K. I.; ØSTBYE, T.; KRAUSE, K. M.; MICHENER, J. L. Primary Care: Is there enough Time for Prevention? **American Journal of Public Health**, v. 93, n.4, p. 635 – 641, 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APENDICE I – RESULTADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A PESQUISA

<i>Innovation in Service or Innovation in Services</i>								
Autor e Ano da Publicação	Artigo	Citações SCOPUS	Citação Web of Knowledge Cross Search	Nome da Revista	Índice H*1 da Revista	JCR*2 da Revista	SJR*3 da Revista	Síntese
Henard; Szymanski (2001)	Why some new products are morel, successful than others	355	276	Journal of Marketing Research	83	2, 517	4,291	O artigo realiza uma meta – análise da literatura sobre os elementos necessários e contribuintes para o desempenho das inovações de produto, destacando o relacionamento e interface com o cliente no que tange serviços.
Gallouj; Weinstein (1997)	Innovation in Services	288	253	Research Policy	100	2,520	2,192	Propõem estabelecer as bases de uma teoria que possa ser utilizada para interpretar os processos de inovação no setor de serviços. A hipótese subjacente a este artigo baseia – se na definição de Lancaster do produto (tanto em manufatura e serviços) como um conjunto de características do serviço.
Gann; Salter (2000)	Innovation in project – based, service – enhanced firms: The construction of complex products and systems	254	186	Research Policy	100	2,520	2,192	O documento argumenta que empresas produtoras de serviços complexos só são capazes de efetivamente controlar e reproduzir as suas capacidades tecnológicas, integrando processos de projetos e de negócios dentro da empresa.

Barras (1986)	Towards a theory of innovation in services	176	182	Research Policy	100	2,520	2,192	O documento estabelece algumas bases para uma teoria de inovação em indústrias de serviços, e indica o papel que essa inovação pode desempenhar na geração de ciclos de crescimento.
Muller; Zenker (2001)	Business services as actors of knowledge transformation: The role of KIBS in regional and national innovation systems	164	146	Research Policy	100	2,520	2,192	O documento dá uma visão geral do papel e da função de KIBS em sistemas de inovação e sua produção de conhecimento, de transformação e atividades de difusão.
Sundbo (1997)	Management of innovation in services	143	106	Service Industries Journal	25	2,570	0,593	O artigo discute duas questões. A primeira é se as empresas de serviços inovam, a segunda é a forma como se organizam as atividades de inovação. A base para a análise de uma série de estudos de caso em empresas de serviços dinamarqueses.
Drejer (2004)	Identifying innovation in surveys of services: A Schumpeterian perspective	138	115	Research Policy	100	2,520	2,192	Demonstra que no conceito de Schumpeter a inovação original é de fato suficientemente ampla para abranger serviços.
Goes; Park (1997)	Interorganizational links and innovation: The case of hospital services	130	118	Academy of Management Journal	148	5,608	6,280	Os autores conceituaram vários tipos de ligações interorganizacionais como oportunidades de aprendizado e compartilhamento de recursos na busca da inovação. Um estudo de mais de 400 hospitais da Califórnia mais de dez anos encontrou um apoio considerável para a relação entre as ligações interorganizacionais e inovação.
Hipp; Grupp (2005)	Innovation in the service sector: The demand for service – specific innovation measurement concepts and typologies	119	98	Research Policy	100	2,520	2,192	Há evidências de que a noção de inovação, bem estabelecida no setor industrial, não pode simplesmente ser transposto para o setor de serviços. Este artigo trata criticamente com os conceitos de medição existentes; introduz uma nova tipologia, com vista à obtenção de uma melhor compreensão de

								inovação nos serviços.
Barras (1990)	Interactive innovation in financial and business services: The vanguard of the service revolution	110	102	Research Policy	100	2,520	2,192	O artigo oferece a elaboração da análise de inovação a partir do modelo do ciclo inverso do produto, ressaltando a natureza interativa do processo de inovação, uma vez que reflete as oportunidades tecnológicas existentes, condições de mercado e as estruturas da indústria do setor.
Gadrey; Gallouj; Weinstein (1995)	New modes of innovation: How services benefit industry	98	77	International Journal of Service Industry Management	NA	NA	NA	O artigo propõe uma tipologia de inovação em serviços baseado nos processos de inovação na manufatura através das relações de serviço.
Atuahene – Gima (1996)	Differential potency of factors affecting innovation performance in manufacturing and services firms in Australia	96	75	Journal of Product Innovation Management	66	2,109	1,930	Descreve os resultados de um estudo comparando as atividades de inovação em empresas australianas de serviços. O estudo explora as percepções dos gestores dos fatores necessários para a o sucesso de DNS. Além de comparar as diferentes percepções de gestores de empresas de serviços e manufatura, o estudo destaca implicações dessas diferenças para os gestores que buscam o DNS melhorado.
Sirilli; Evangelista (1998)	Technological innovation in services and manufacturing: Results from Italian surveys	93	78	Research Policy	100	2,520	2,192	O documento fornece evidência empírica da trajetória da inovação tecnológica no setor de serviços, e destaca principais semelhanças e diferenças com a manufatura sugerindo um quadro conceitual e tipologia para a inovação em serviços..

Spohrer; Maglio (2008)	The emergence of service science: Toward systematic service innovations to accelerate co – creation of value	87	71	Production and Operations Management	53	1,045	2,120	Um desafio à inovação de serviço sistemática é a natureza interdisciplinar do serviço, integrando tecnologia, negócios, social e cliente e inovações. Este artigo descreve a emergência de serviço na ciência, como uma nova área interdisciplinar de estudo.
Alam (2006)	Removing the fuzziness from the fuzzy front – end of service innovations through customer interactions	61	50	Industrial Marketing Management	55	1,312	0,885	O artigo explora a necessidade de interação com o cliente no desenvolvimento de novos serviços afirmando um impacto positivo sobre o desempenho dos novos serviços em estudo empírico.
Van Der Aa; Elfring (2002)	Realizing innovation in services	60	41	Scandinavian Journal of Management	21	1,208	0,693	Este artigo descreve uma série de formas de inovação que são de especial relevância para as empresas do setor de serviços. Não só as inovações tecnológicas, mas também inovações organizacionais foram exploradas.
Cainelli; Evangelista; Savona (2006)	Innovation and economic performance in services: A firm – level analysis	56	42	Cambridge Journal of Economics	37	1,447	1,098	Este artigo explora a relação entre inovação e desempenho econômico em serviços usando um conjunto de dados ao nível da empresa que corresponde ao Inquérito Comunitário Inovação – Itália.
Nijssen; Hillebrand; Vermeulen; Kemp (2006)	The role of producer service outsourcing in the innovation performance of New York state manufacturing firms	55	44	International Journal of Research in Marketing	48	1,662	1,519	Este trabalho tem como objetivo fornecer um primeiro passo para a síntese de novos serviços e pesquisa de desenvolvimento de novos produtos. Usando um modelo de base de inovação, aplicável à inovação em geral, a hipótese de efeitos diferenciais de contexto entre serviços e desenvolvimento de novos produtos, a fim de melhor entender as suas diferenças e semelhanças.
Hartley (2005)	Innovation in governance and public services: Past and present	51	46	Public Money and Management	NA	0,598	NA	Várias relações são identificadas entre inovação e melhoria dos serviços públicos. Lições importantes para a prática, política e pesquisa incluem a necessidade de desenvolver uma compreensão de inovação, que não é

								mais suficiente pela literatura do setor privado industrial, mas reflete os contextos distintos e finalidades do setor público.
Oke (2007)	Innovation types and innovation management practices in service companies	44	37	International Journal of Operations and Production Management	61	0,534	0,994	O objetivo deste estudo é investigar os diferentes tipos de inovação, que são predominantes em empresas do setor de serviços do Reino Unido, o grau de inovação, as práticas associadas à busca de inovação e sua relação com o desempenho da empresa.
Djellal; Gallouj (2001)	Patterns of innovation organisation in service firms: Postal survey results and theoretical models	44	35	Science and Public Policy	27	1,421	0,673	Este artigo é baseado em uma pesquisa nos serviços de correios sob a ótica da inovação realizadas na França. Ela procura explicar os modos de organização dos processos de inovação.
Gallouj (2002)	Innovation in services and the attendant old and new myths	36	22	Journal of Socio – Economics	24	0,784	0,471	Contra um fundo de convergência entre um setor industrial que está se tornando cada vez mais orientado para o serviço e um setor de serviços que está gradualmente se tornando industrializado, seria errado concluir que há uma oposição irreconciliável entre bens e serviços quando se trata de inovação; em vez disso, há oportunidades para o enriquecimento mútuo.
Metcalfe; James; Mina (2005)	Emergent innovation systems and the delivery of clinical services: The case of intra – ocular lenses	36	28	Research Policy	100	2,520	2,192	Este trabalho é uma exploração da dinâmica da mudança tecnológica na medicina. Os autores argumentam que a inovação na medicina é um processo distribuído em tempo, espaço e domínios epistêmicos e institucional, que implica o esforço empreendedor de indivíduos criativos, bem como o surgimento de entendimento correlacionados entre agentes heterogêneos.

Droege; Hildebrand; Forcada (2009)	Innovation in services: Present findings, and future pathways	32	24	Research Policy	100	2,520	2,192	O objetivo do artigo foi analisar as escolas existentes de pensamento e identificar áreas de pesquisa presentes no desenvolvimento de novos serviços (DNS) e pesquisa de inovação dos serviços, e, por outro, para discutir oportunidades de pesquisas futuras.
Phillips; Simmons; Simmons (1984)	Transferring Health and Family – Planning Service Innovations to the Public – Sector – An Experiment in Organization – Development in Bangladesh	NA	32	Studies in Family Planning	NA	1,208	NA	Relato da experiência organizacional do setor da saúde em Bangladesh com a elaboração de prontuário familiar e comunitário.
Evangelista; Sirilli (1998)	Innovation in the Service Sector Results from the Italian Statistical Survey	31	22	Technological Forecasting and Social Change	15	1,709	0,983	Serviços de computação, financeiros e de software, engenharia e telecomunicações são os setores de serviços mais inovadores. A maioria das empresas de serviços podem distinguir entre inovações em serviços e processos. Inovação de processo surge como a tipologia mais difundida. Empresas de serviços dependem de uma ampla gama de fontes de inovação.
Toivonen; Tuominen (2009)	Emergence of innovations in services	32	26	Service Industries Journal	25	2,570	0,593	Este artigo visa contribuir para a discussão sobre o tema de inovação em serviços através de uma análise teórica complementada com os resultados de dois estudos de caso empíricos. As teorias analisadas são multidisciplinar, incluindo as teorias de serviços gerais, teorias gerais de inovação e teorias ligadas ao desenvolvimento de novos serviços e gestão da inovação.
Castellaci (2008)	Technological paradigms, regimes and trajectories: Manufacturing and service industries in a new taxonomy of sectoral patterns of innovation	34	31	Research Policy	100	2,520	2,192	Este artigo apresenta uma nova taxonomia setorial que combina indústrias de manufatura e serviços dentro do mesmo quadro. Este exercício é relevante, pois visa uma maior integração entre o estudo setorial dos padrões de inovação em manufatura e serviços, destacando a importância crescente de ligações verticais e

								intercâmbios intersetoriais de conhecimento entre esses ramos interrelacionados da economia.
Albury (2005)	Fostering innovation in public services	32	28	Public Money and Management	NA	0,598	NA	Este artigo apresenta um quadro de pensamento e ação para promover níveis mais elevados de sucesso da inovação no setor público. As principais barreiras à inovação no setor público são identificados. Algumas medidas práticas e imediatas que os departamentos governamentais e organizações de serviço público poderia tomar para promover a inovação são descritos.
Gallouj; Savona (2009)	Innovation in services: A review of the debate and a research agenda	30	26	Journal of Evolutionary Economics	30	1,000	0,659	Os autores propõem uma reclassificação da literatura principalmente sob os temas da abordagem de assimilação e diferenciação com relação à conceitualização tradicional de inovação no setor manufatureiro.
DeVries; Erik (2006)	Innovation in services in networks of organizations and in the distribution of services	29	21	Research Policy	100	2,520	2,192	Este artigo contribui para a abordagem de síntese por revisão de sua teoria para permitir o raciocínio sobre as tendências recentes na inovação de redes de organizações e na distribuição de serviços. A revisão teoria é baseada em vários estudos de caso. Implicações para o estudo de inovação são discutidos em termos de resultados de estudos recentes de demarcação.
Chan; Go; Pine (1998)	Service innovation in Hong Kong: Attitudes and practice	22	18	Service Industries Journal	25	2,570	0,593	Esta pesquisa explora atitudes gerenciais em relação à inovação em empresas de Hong Kong e de serviços na medida em que as empresas de serviços estão comprometidos com a prática geral da gestão.

Pires; Sarkar; Carvalho (2008)	Innovation in services – how different from manufacturing?	20	16	Service Industries Journal	25	2,570	0,593	Usando dados padronizados de empresa uma análise comparativa dos determinantes da inovação de produtos e processos de fabricação de serviços é executada. Os resultados mostram que em serviços há diferenças significativas no comportamento inovação.
Den Hertog; Van der Aa; de Jong (2010)	Capabilities for managing service innovation: Towards a conceptual framework	17	12	Journal of Service Management	8	1,087	0,553	O objetivo deste trabalho foi identificar e refletir sobre um conjunto de capacidades dinâmicas para a gestão da inovação de serviços e aplica – se uma visão das capacidades dinâmicas de empresas na gestão de inovação de serviços.
Windrum; García – Goñi (2008)	A neo – Schumpeterian model of health services innovation	16	20	Research Policy	100	2,520	2,192	O trabalho apresenta um modelo neo – schumpeteriana de inovação capaz de estudar as interações entre prestadores de serviços, pacientes e responsáveis políticos, e como essas interações complexas determinam o tempo, direção e sucesso das inovações no setor público.
Potts (2009)	The innovation deficit in public services: The curious problem of too much efficiency and not enough waste and failure	NA	13	Innovation – management Policy & Practice	NA	0,38	NA	Este artigo argumenta que o déficit de inovação no setor público pode ser explicado como uma consequência não intencional da unidade do setor público concertada para a eliminação de resíduos através da prestação de contas, eficiência e transparência.
Djellal; Gallouj (2007)	Innovation and employment effects in services: A review of the literature and an agenda for research	13	10	Service Industries Journal	25	2,570	0,593	Este artigo aborda a difícil questão da relação entre inovação e emprego. Seu principal objetivo é a re – examinar a literatura sobre inovação em serviços à luz da questão do emprego. Em particular, procura – se avaliar em que medida e de que forma esta questão está implícita ou explicitamente abordada na literatura ou merece ser introduzidas.

Potts; Mandeville (2007)		10	NA	Prometheus	11	NA	0,13	Os autores propõem uma teoria de inovação em serviços baseada no desenvolvimento de novos mercados que exploram os poderes de TIC para coordenar a produção e a prestação de serviços.
Tischler et al. (2000)	Service innovations: A mental health service for homeless children and families	10	6	Psychiatric Bulletin	12	0,34	0,13	Descrição do desenvolvimento de um serviço de saúde mental de divulgação para crianças de rua e famílias, e apresentação de referências e características de gestão de 40 famílias.
Song et al. (2009)	A staged service innovation model	10	4	Decision Sciences	31	1,12	0,56	Desenvolvimento de um modelo que pode ser utilizado como uma ferramenta de apoio à decisão e modelo de diagnóstico para avaliar ideias de inovação de serviço, avaliação de desempenho de inovações de serviços em curso, alocação de recursos, e melhorar a taxa de sucesso das inovações de serviços.
Rodgers (2007)	Innovation in food service technology and its strategic role	10	7	International Journal of Hospitality Management	9	0,31	0,12	Processos de atendimento ao novo alimento pode evoluir como resultado da adoção de inovações tecnológicas nos campos "alta tecnologia" da economia. Isso justifica os investimentos em pesquisa ofensiva e destaca a importância das competências técnicas para um profissional de serviços de alimentação.
Morris e Westbrook (1996)	Technical innovation and competitive advantage in retail financial services: A case study of change and industry response	10	8	British Journal of Management	22	1,32	0,67	Este artigo apresenta um estudo de caso de uma grande inovação tecnológica na atividade central de processamento de pagamento em um banco do Reino Unido.
Love et al. (2010)	Service innovation, embeddedness and business performance: Evidence from Northern Ireland	9	6	Regional Studies	7	0,12	NA	Serviço de inovação, inserção e desempenho empresarial: evidências da Irlanda do Norte. Este artigo explora os fatores que determinam a inovação por parte das empresas de serviços, e em particular a contribuição de conectividade intra e extraregional.

Norris e Rosen (2009)	Innovations in disaster mental health services and evaluation: National, state, and local responses to hurricane Katrina (introduction to the special issue)	9	5	Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research	23	1,13	0,78	As graves conseqüências do furacão Katrina sobre a saúde mental têm suscitado grande interesse na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde mental para vítimas de desastres. Como um conjunto, esses papéis abordam a questão fundamental de saber se é útil e viável para fornecer diferentes intensidades de cuidados de saúde mental para populações diferentes de acordo com a suposta necessidade.
Ritala et al. (2009)	Tug of war in innovation – cooperative service development	9	6	International Journal of Services, Technology and Management	32	1,21	0,67	Novos serviços inovadores estão cada vez mais sendo desenvolvido em estreita colaboração entre diferentes organizações. Como parte desse desenvolvimento, as empresas concorrentes começaram a colaborar uns com os outros. Estas empresas enfrentam novos desafios decorrentes do contexto do serviço e a existência de tensões competitivos.
Hertog et al. (2008)	Is there a rationale for services R&D and innovation policies?	9	7	International Journal of Services, Technology and Management	32	1,21	0,67	Fazer serviços de P & D e inovação, importa? Se assim for, as opções políticas que estão disponíveis para facilitar os serviços de P & D e inovação? Este artigo aborda essas duas perguntas
Gallaher e Petrusa (2006)	Innovation in the U.S. service sector	9	6	Journal of Technology Transfer	31	1,15	0,98	Este artigo contribui para uma melhor compreensão da inovação no setor de serviços, concentrando-se sobre a natureza dispar de P & D no setor de serviços os EUA como aprendemos por meio de estudos de caso sobre a EUA nas telecomunicações, serviços financeiros, serviços de integração de sistemas, pesquisa e desenvolvimento serviços de testes de indústrias.

Jaskyte e Kisieliene (2006)	Organizational innovation: A comparison of nonprofit human – service organizations in Lithuania and the United States	9	4	International Social Work	11	0,67	NA	Este artigo examina a inovação em organizações sem fins lucrativos de recursos humanos da Lituânia e dos Estados Unidos. O estudo avalia as relações entre inovação, cultura e liderança organizacional em 40 organizações.
Gallouj; Windrum (2009)	Services and services innovation	9	7	Journal of Evolutionary Economics	30	1,000	0,659	Os autores abordam através de uma revisão bibliográfica os conceitos de serviço e a metodologia de análise em inovação de serviços.
Dey; Hariharan; Ho (2009)	Innovation in healthcare services: A customer – focused approach	5	2	International Journal of Innovation and Learning	15	2,570	0,234	Este estudo desenvolve um quadro inovador utilizando Desdobramento da Função Qualidade e uma estrutura lógica, a fim de resolver a integralidade da qualidade, e demonstra a sua eficácia através de um estudo de caso sobre a unidade de terapia intensiva de um hospital.
Doloreux; Shearmur (2010)	Exploring and comparing innovation patterns across different knowledge intensive business services	5	1	Economics of Innovation and New Technology	8	1,034	0,643	O objetivo do trabalho é analisar como e se os KIBS inovam de forma diferente em três indústrias canadenses intensivas em conhecimento de negócio: modelos de computador do sistema e serviços correlatos; gestão, serviços de consultoria científica e técnica, e, serviços de engenharia, arquitetura e afins.
Bessant; Maher (2009)	Developing radical service innovations in healthcare – The role of design methods	4	1	International Journal of Innovation Management	9	0,987	0,561	Este documento analisa a gestão da inovação de serviços. Em particular, explora o desafio de serviços públicos e argumenta que há uma necessidade de novas abordagens para as formas que envolvem usuários como mais ativo co – criadores dentro do processo de inovação.
Seegy et al. (2008)	The management of service innovation: An empirical investigation	4	1	International Journal of Services and Operations Management	10	0,721	0,234	Os principais objetivos deste estudo foram analisar o papel das inovações no setor de serviços, para analisar como as atividades de inovação são organizadas e identificar os fatores de sucesso.

Djellal; Gallouj (2006)	Innovation in care services for the elderly	4	2	Service Industries Journal	25	2,570	0,593	Envelhecimento e inovação são geralmente considerados fenômenos contraditórios. Este artigo sobre a inovação em serviços de assistência aos idosos pretende contrariar esta visão estabelecida. Tomando como ponto de partida uma definição de serviços de cuidados para idosos, que recorre a economia dos serviços,
Den Hertog; Gallouj; Segers (2011)	Measuring innovation in a 'low – tech' service industry: The case of the Dutch hospitality industry	2	0	Service Industries Journal	25	2,570	0,593	Este artigo apresenta os resultados de um inquérito a 613 empresas da empresa hoteleira holandesa adotando uma perspectiva de demarcação demonstrando ser muito maior e mais diversificado do que relatado na literatura.

<i>Innovation in Service or Innovation in Services and Primary Care or Primary Health Care</i>								
Greenhalgh; Robert; Macfarlan; et al. (2004)	Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations	912	872	Milbank Quarterly (1925)	55	5,620	2,934	O artigo resume uma extensa revisão da literatura abordando a questão: Como podemos espalhar e sustentar inovações na prestação de serviços de saúde e organização? Ele considera tanto o conteúdo (definição e medição da difusão da inovação nas organizações) e processo (revisão da literatura de uma forma sistemática e reproduzível).
Starfield; Shi; Macinko (2005)	Contribution of primary care to health systems and health	630	518	Milbank Quarterly (1925)	55	5,620	2,934	Evidência da influência de promoção da saúde da atenção primária existem desde que os pesquisadores foram capazes de distinguir cuidados primários de outros aspectos do sistema de prestação de serviços de saúde. Esta evidência mostra que a atenção primária ajuda a prevenir a doença e morte, independentemente do cuidado ofertado.
Yarnall; Pollak; Østbye; Krause; Michener (2003)	Primary care: Is there enough time for prevention?	566	482	American Journal of Public Health	151	3,926	1,657	Procurou – se determinar a quantidade de tempo necessário para que um médico de cuidados primários possa fornecer serviços de prevenção recomendadas em um tempo pré – determinado

Whitlock; Orleans; Pender; et al. (2002)	Evaluating primary care behavioral counseling interventions – An evidence – based approach	187	291	American Journal of Preventive Medicine	109	4,567	1,768	Relato de experiência em 100 centros clínicos sobre o tratamento e acompanhamento de mudanças de comportamento dos fatores de risco.
Bodenheimer (2006)	Primary care – Will it survive?	195	168	New England Journal of Medicine	619	52,589	9,748	O artigo apresenta uma crítica reflexão a respeito dos custos envolvidos na atenção primária e a quantidade de serviços sob sua responsabilidade.
Goddard; Smith (2001)	Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK	149	112	Social Science and Medicine	129	2,699	1,445	Analisa a fundamentação teórica e prática sobre os conceitos de equidade em saúde com exemplo empírico.
Campbell; Reeves; Kontopantelis; et al. (2007)	Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance	184	161	New England Journal of Medicine	619	52,589	9,748	Analisa o sistema de pagamento adicional aos médicos de acordo com desempenho público proposto.
Grumbach; Bodenheimer (2004)	Can health care teams improve primary care practice?	172	153	JAMA	437	15,402	4,845	Pesquisa sobre as equipes de atendimento de pacientes sugere que equipes com maior coesão estejam associadas a melhores desfechos clínicos e maior satisfação do paciente.
Fleuren; Wiefferink; Paulussen (2004)	Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study	105	94	International Journal for Quality in Health Care	48	1,134	0,767	O artigo explora que ao introduzir inovações aos cuidados de saúde, é importante para obter insights sobre os determinantes que podem facilitar ou dificultar a introdução, a fim de conceber uma estratégia adequada para a introdução da inovação.

Rohrbach; Grana; Sussman; Valente (2006)	Type II translation: Transporting prevention interventions from research to real – world settings	99	81	Evaluation and the Health Professions	32	NA	0,465	Este artigo resume pesquisas sobre tradução Tipo II de intervenções de prevenção destinadas a reforçar a adoção de programas e práticas eficazes em comunidades Com APS.
Cohen; McDaniel Jr; Crabtree (2004)	A practice change model for quality improvement in primary care practice	83	72	Journal of Healthcare Management	28	0,731	0,376	Desenvolvido um modelo de mudança prática utilizando dados de uma intervenção de melhoria da qualidade que foi bem sucedido na criação de uma melhoria de práticas sustentáveis na APS.
Shields; Shin; Leu; et al. (2007)	Adoption of health information technology in community health centers: Results of a national survey	49	42	Health Affairs	89	4,313	3,082	O artigo explora a possibilidade de garantia de saúde a partir da introdução de TI entre os prestadores de serviços da APS que atendem pacientes carentes mostrando a relevância da capacidade de informações geradas para atender os menos favorecidos de uma população.
Light (2001)	Managed competition, governmentality and institutional response in the United Kingdom	38	24	Social Science and Medicine	129	2,699	1,445	Este artigo traça o uso da política de concorrência e como conseguiu transformar o SNS em um serviço administrado público para um conjunto de mercados interligados e contratos.
Liu; Hader; Brossart (2001)	Impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada	26	18	Social Science and Medicine	129	2,699	1,445	Em Saskatchewan, 52 pequenos hospitais rurais com oito leitos em média pararam de receber o financiamento dos serviços de cuidados agudos em 1993. A maioria foram posteriormente convertidos em centros de cuidados primários de saúde. O artigo explora o impacto dessa transferência.
Ginexi; Hilton (2006)	What's next for translation research?	21	16	Evaluation and the Health Professions	32	NA	0,465	Os Institutos Nacionais de Saúde estão sob crescente pressão para identificar práticas, intervenções custo – efetivas, terapias e medicamentos. No geral, o impacto na saúde pública podem ser substanciais se a prevenção baseada na ciência eficaz e programas de tratamento foram implementadas em grandes escalas com

								fidelidade suficiente.
Atun; Menabde; Saluvere; et al. (2006)	Introducing a complex health innovation – Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation)	28	23	Health Policy	16	1,506	0,78	Os autores avaliam a reforma da APS na Estonia estrutura organizacional, regulamentos, financiamento e prestação de serviços no sistema, multimétodo: compreendendo análise retrospectiva de dados de saúde; análise documental dos relatórios de políticas, leis e regulamentos; entrevistas com informantes – chave.
Nyonator; Awoonor – Williams; Phillips; Jones; Miller (2005)	The Ghana Community – based Health Planning and Services Initiative for scaling up service delivery innovation	20	12	Health Policy and Planning	48	2,658	1,756	Este artigo descreve os processos de implementação da APS e relaciona a iniciativa com os princípios de ampliação e mudança organizacional.
Ford; Wells; Bailey (2004)	Sustainable network advantages: A game theoretic approach to community – based health care coalitions	20	11	Health Care Management Review	29	1,299	0,59	As organizações de saúde, muitas vezes entram em um acordo de cooperação para criar redes de segurança e coordenar programas de atendimento. Mantendo uma cooperação eficaz em tais alianças apresenta problemas especiais que podem ser examinados usando análise de rede e explicada em termos da teoria dos jogos.
McIntyre; Klugman (2003)	The human face of decentralisation and integration of health services: Experience from South Africa	20	11	Reproductive Health Matters	28	1,371	0,865	Este artigo explora os processos de implementação de políticas de tomada de orçamentação e de serviço em três províncias da África do Sul, com base em entrevistas com os gestores de saúde nos diferentes níveis de governo. Ele ilustra como o processo de descentralização cria disjunções entre a autoridade política de tomada de decisão.

Ballard (2003)	Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system	17	13	International Journal for Quality in Health Care	48	1,134	0,767	Compromissos organizacionais, compensatórias e cultural podem ser importante para a implementação bem sucedida de iniciativas de indicadores clínicos pelos sistemas de saúde. O uso para estabelecer referência de desempenho e avaliar a eficácia das melhorias de qualidade na APS.
Otani; Tierney (2003)	A paradigm shift in patient satisfaction assessment	17	13	Medical Care Research and Review	46	2,959	1,665	Os autores investigaram as relações entre reações dos pacientes aos atributos de saúde e sua satisfação geral com a atenção primária.
Faulkner; Mills; Bainton; et al. (2003)	A systematic review of the effect of primary care – based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care	20	16	British Journal of General Practice	63	1,092	0,563	Revisar as evidências disponíveis sobre iniciativas que afetam encaminhamento da atenção primária para a secundária com especialistas.
Atun; Kyrastis; Jelic; et al. (2007)	Diffusion of complex health innovations – implementation of primary health care reforms in Bosnia and Herzegovina	15	15	Health Policy and Planning	48	2,658	1,756	Sob a ótica da inovação, analisamos a introdução e difusão de reformas da APS centrados na Bósnia e Herzegovina que experimentou amargas conflitos étnicos que destruiu grande parte da infra – estrutura de sistemas de saúde.
Armstrong; Levesque; Perlin; Rick; Schectman (2005)	Reinventing Veterans Health Administration: Focus on primary care	13	9	Journal of Healthcare Management	28	0,731	0,376	O trabalho analisa os aspectos da APS sob a ótica de processos administrativos.
Chreim; Williams; Janz; Dastmalchian (2010)	Change agency in a primary health care context: The case of distributed leadership	12	11	Health Care Management Review	29	1,299	0,59	O objetivo foi compreender as dinâmicas de coletivo ou de distribuição de liderança atendendo a modificação de atribuições em um contexto que envolve a colaboração entre as organizações de saúde.

Pecukonis; Cornelius; Parrish (2003)	The future of health social work	12	7	Social Work in Health Care	23	0,934	0,245	Revisão de aspectos do profissional do serviço social, como integração, responsabilidades, na rede de serviços de saúde.
Gladwin; Dixon; Wilson (2002)	Rejection of an innovation: Health information management training materials in east Africa	12	11	Health Policy and Planning	48	2,658	1,756	Apresenta uma análise empírica sobre o processo de informatização de centros de saúde e a dificuldade em prover informações aos profissionais.
Balabanova; McKee (2002)	Access to health care in a system transition: The case of Bulgaria	12	9	International Journal of Health Planning and Management	24	0,987	0,362	Após a reforma em saúde, descreve as dificuldades encontradas em prover acessibilidade a população da Bulgária.
Waterman; Marshall; Noble; et al.(2007)	The role of action research in the investigation and diffusion of innovations in health care: The PRIDE project	10	7	Qualitative Health Research	48	2,118	1,03	Baseando – se em um exemplo de um projeto de o Reino Unido, os autores discutem se a ação de pesquisa é um método valioso de estudo e difusão de inovações . Eles analisam os seus pontos fortes e limitações como uma "abordagem de sistemas todo", que combina com o desenvolvimento de pesquisa e difusão de inovações.
Michener; Champagne; Yaggy; et al. (2005)	Making a home in the community for the academic medical center	10	8	Academic Medicine	78	1,987	1,184	Descreve um programa único de atenção à saúde onde são projetados para testar novas formas de organização e prestação de cuidados.
Bedregal; Ferlie (2001)	Evidence based primary care? A multi – tier, multiple stakeholder perspective from Chile	10	6	Health Care Management Review	29	1,299	0,596	O objetivo foi avaliar o ambiente de política utilizando análise das partes interessadas no setor de saúde do Chile a partir da APS local.

Grigsby (2002)	Telehealth: An assessment of growth and distribution	9	7	Journal of Rural Health	30	1,429	0,743	Este artigo baseia – se em dados de uma pesquisa nacional de redes de telessaúde, que avalia a extensão eo caráter da atividade telemedicina. Embora as estatísticas apontam para seu uso crescente, a distribuição do crescimento tem sido desviada.
Parfitt; Cornish (2007)	Implementing Family Health Nursing in Tajikistan: From policy to practice in primary health care reform	8	NA	Social Science and Medicine	129	2,699	1,445	Um projeto de pesquisa de quatro fases investiga o desenvolvimento do papel da Enfermeira de Saúde da Família ao longo do tempo na reforma em saúde descentralizada em país da ex – União Soviética.
Charles – Jones; May; Latimer (2003)	Telephone triage by nurses in primary care: What is it for and what are the consequences likely to be?	8	6	Journal of Health Services Research and Policy	45	0,987	0,764	Analisar as percepções que as pessoas que trabalham na atenção básica têm sobre a finalidade e impacto que triagem telefônica por enfermeiras podem ter em suas funções clínicas e identidades.
Anthony (2003)	Changing the nature of physician referral relationships in the US: The impact of managed care	7	5	Social Science and Medicine	129	2,699	1,445	Antes da era do cuidado gerenciado nos EUA, a prestação de cuidados de saúde foi gerido pelas atividades profissionais de médicos. O objetivo foi analisar a relação de profissionais da APS sobre a aderencia de tratamento em saúde.
Hamilton et al (2002)	Service innovation: The first year of a brief psychiatric screening clinic in primary care	7	4	Psychiatric Bulletin	12	0,34	0,13	Apresenta a experiência de implantação de estratégias psiquiátricas no serviço de APS.
Wakerman; Humphreys (2011)	Sustainable primary health care services in rural and remote areas: Innovation and evidence	4	4	Australian Journal of Rural Health	24	0,93	0,457	<input type="checkbox"/> O documento sintetiza evidências de remotas e rurais APS inovações de serviços de saúde na Austrália.

Thomas et al. (2006)	Innovation and change: Shaping district nursing services to meet the needs of primary health care	5	4	Journal of Nursing Management	21	1,04	0,92	O documento retrata a mudança significativa na introdução de enfermeiras na gestão territorial da APS.
Warne; McAndrew; King; et al. (2007)	Learning to listen to the organisational rhetoric of primary health and social care integration	4	4	Nurse Education Today	35	1,241	0,778	Este artigo discute como os mecanismos organizacionais da APS precisam ser reconhecidos e compreendidos pelos gestores de modo que uma cultura mais favorável organizacional é desenvolvido.
Meads; Iwami; Wild (2005)	Transferable learning from international primary care developments	4	2	International Journal of Health Planning and Management	24	0,987	0,362	Abordagens alternativas para a análise comparativa dos sistemas internacionais de desenvolvimentos de saúde são revisados em relação ao advento de novas organizações de cuidados primários em países com paralelo 'modernização' políticas.
Barnett et al. (2011)	Understanding innovators experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service	4	1	BMC Health Services Research	42	1,34	0,76	Apresenta fatores facilitadores e impeditivos para a difusão de serviços de saúde em estudo empírico.
Chang; Bultman; Drayton; et al. (2007)	Beyond Medical Care: How Health Systems Can Address Children's Needs through Health Promotion Strategies	3	1	Health Affairs	89	4,313	3,082	Este artigo descreve uma abordagem inovadora que integra de base comunitária de promoção da saúde e prevenção de doenças em um sistema de cuidados de bem – estabelecida médico pediatra. Os componentes do sistema incluem um foco em nível de população em setores de serviços múltiplos, coalizões comunitárias, disseminação do conhecimento e <i>marketing</i> social.
Blenkinsopp et al. (2008)	Medicines use review: Adoption and spread of a service innovation	3	1	International Journal of Pharmacy Practice	72	2,45	1,91	Apresenta uma análise empírica sobre o processo de adoção de tecnologia em serviços médicos.

Roblin et al. (2003)	Primary health care teams: Opportunities and challenges in evaluation of service delivery innovations	3	1	Journal of Ambulatory Care Management	38	1,09	0,87	O artigo explora a necessidade de ação de equipes para mudanças no contexto da APS.
Luck; Peabody (2002)	When do developing countries adopt managed care policies and technologies?	3	1	American Journal of Managed Care	54	2,458	1,165	Para especificar os elementos de infra – estrutura essenciais necessários para implementar técnicas de cuidado gerenciado com sucesso em um país em desenvolvimento, as condições necessárias para o cuidado gerenciado macroeconômicas necessitam ser cumpridos.
Stanton (2001)	Competitive health policies and community health	3	NA	Social Science and Medicine	129	2,699	1,445	O artigo explora a introdução de relações de concorrência para o sistema público de saúde que tem tido um grande impacto no setor de cuidados de saúde primários, especialmente em centros comunitários de saúde
Lockett; Currie, G; Waring; et al. (2012)	The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare	1	NA	Social Science and Medicine	129	2,699	1,445	O foco do artigo é explorar a relação entre "posição de sujeito" de um empreendedor institucional, definida em termos de legitimidade estrutural e normativo no atual panorama institucional, bem como a natureza da mudança promulgada, demonstrando a importância do conceito de empreendedorismo institucional para compreender a reforma da saúde.
Mitton; Dionne; Masucci; et al. (2011)	Innovations in health service organization and delivery in northern rural and remote regions	1	1	International Journal of Circumpolar Health	20	1,060	0,324	O objetivo do artigo foi identificar e analisar as inovações relevantes para a melhoria do acesso, qualidade, eficiência e / ou eficácia na organização e prestação de serviços de saúde em áreas rurais e remotas.
Illife (2002)	From general practice to primary care: The industrialisation of family medicine in Britain	1	0	Journal of Public Health Policy	24	2,113	0,694	Aborda a fragmentação de serviços de saúde através do quadro proposto por Rosenheck (2001) que tem quatro fases: a decisão de implementar, a implementação inicial, a manutenção sustentada e transformação.

Retchin; Perlin; Clark (2001)	Clinical service standards at academic health centers	1	0	International Journal for Quality in Health Care	48	1,134	0,767	Este artigo tenta responder a pergunta: até que ponto a prática geral de saúde pública da Inglaterra(medicina de família) adotaram modos industriais de organização produtiva (de fins lucrativos) como as empresas?
----------------------------------	--	---	---	---	----	-------	-------	---

APÊNDICE II – ROTEIRO PROPOSTO PARA O QUESTIONÁRIO E ENTREVISTA DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

INOVAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CAXIAS DO SUL ETAPA IA

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.

CONTEÚDO DO QUESTIONÁRIO

Parte 1: Identificação do Entrevistado

Parte 2: Identificação da Pesquisa

Parte 3: Questionário

PARTE 1: IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1. Data de aplicação do questionário: _____
2. Nome da Unidade de Saúde: _____
3. Nome completo: _____
4. Ano de Conclusão da Graduação – Curso Superior: _____
5. Última Formação Educacional (Por favor especificar Graduação, Especialização, Mestrado, Doutorado em qual área?) _____
6. Cargo que ocupa na organização: _____
7. Tempo de Cargo na UBS: _____
8. Que tipo de vínculo empregatício você possui neste serviço:
Estatutário
CLT
Cooperativa
Contrato Temporário
Outros. Qual? _____
9. Você exerce atividades no Programa Estratégia de Saúde da Família? Sim Não
QUAL? Médico Enfermeiro Outros. Qual? _____
10. Favor estimar qual o número médio de consultas por semana que você atende/recebe na Unidade Básica de Saúde: _____ Consultas/Semana
11. Qual o percentual de consultas na unidade que são agendadas? (consultas planejadas com antecedência pelo profissional ou paciente, com hora marcada: não inclui consultas espontâneas, marcadas no mesmo dia ou “fichas” previstas para distribuição no dia)
_____ % das consultas são agendadas
12. Como você avalia a relação entre consultas agendadas e espontâneas?

- () Muitas consultas agendadas para poucas espontâneas
- () Poucas consultas agendadas e muitas espontâneas
- () Relação adequada entre consultas agendadas e espontâneas
- () Não sei

13. Telefone: _____

14. Email: _____

A pesquisa possui caráter confidencial. Os dados individuais de identificação não serão submetidos à publicação.

PARTE 2: IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA

RESUMO DO ESTUDO

Considerando que a Atenção Primária à Saúde contempla um conjunto de ações que abrangem o processo de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, e, também, que a inovação é a força motriz para o desenvolvimento, esse estudo pretende buscar o entendimento dos fatores que podem influenciar o processo de inovação nas UBS, utilizando – os de forma a alcançar a excelência na implementação dos princípios do SUS. Tendo em vista o contexto histórico e econômico do setor da saúde no Brasil, em especial em Caxias do Sul (RS), e a importância da inovação para as organizações, o objetivo geral é identificar os quatro tipos de inovações conceituadas na bibliografia contemporânea – produtos e/ou serviços, processo, gestão (organizacional) e *marketing* (posição competitiva) na APS, do sistema de saúde de Caxias do Sul (RS). Para tanto, como objetivos específicos pretende – se entender melhor os fatores que influenciam o processo da inovação em instituições de saúde locais contribuindo para o seu desempenho, considerando os fundamentos e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, através da identificação dos motivadores dessas inovações, além de, como, e onde essas inovações ocorrem, permitindo identificar a extensão e o grau de novidade para a APS de Caxias do Sul (RS).

PARTE 3: QUESTIONÁRIO

O *PCATool*²⁴ (*Primary Care Assessment Tool*) é uma ferramenta que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária à saúde em serviços de atenção básica à saúde identificando aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações nos estabelecimentos de saúde. Essa etapa permite realizar o levantamento de informações a respeito da Atenção Primária à Saúde de Caxias do Sul e dessa forma caracterizá – la.

“Esse questionário trata das características do seu serviço de saúde. Nas perguntas que nos referimos a “seu serviço de saúde”, estas se referem a você e as pessoas que trabalham diretamente com você. Por favor, responda o mais fielmente possível, descrevendo a realidade do cuidado efetuado pelos médicos e enfermeiros do seu serviço. Não há respostas certas ou erradas.”

²⁴ ©1998 Primary Care Policy Center for Underserved Populations Johns Hopkins University, 1998.

A. PRIMEIRO CONTATO – ACESSO

<i>Por favor, indique a melhor opção.</i>	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 adoece, 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"/>

B. ATENDIMENTO CONTINUADO OU LONGITUDINALIDADE

<i>Por favor, indique a melhor opção.</i>	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	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

as perguntas que seus pacientes lhe fazem?					
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"/>

C. COORDENAÇÃO

<i>Por favor, indique a melhor opção.</i>	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	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?					
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"/>

D. COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)

<i>Por favor, indique a melhor opção.</i>	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"/>

E. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?					
<i>Por favor, indique a melhor opção.</i>	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"/>
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 Papanicolaou).	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"/>

F. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- todas as idades
 somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
 somente adultos

<p><i>Conforme a resposta acima oriente o entrevistado da seguinte forma:</i> 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 todos as faixas etárias</p>					
Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?					
<i>Por favor, indique a melhor opção.</i>	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?”					
<i>Por favor, indique a melhor opção.</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
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"/>
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?”					
<i>Por favor, indique a melhor opção.</i>	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"/>

G. ENFOQUE NA FAMÍLIA OU ORIENTAÇÃO FAMILIAR

<i>Por favor, indique a melhor opção.</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias 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"/>

H. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

<i>Por favor, indique a melhor opção.</i>	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 ideias 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"/>
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?					
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"/>

**INOVAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DE CAXIAS DO SUL
ETAPA IB**

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.

CONTEÚDO DA ENTREVISTA – GESTORES

Parte 1: Identificação do Entrevistado

Parte 2: Identificação da Pesquisa

Parte 3: Entrevista Inovações

PARTE 1: IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1. Data de aplicação do entrevista: _____
2. Nome da Unidade de Saúde: _____
3. Nome completo: _____
4. Ano de Conclusão da Graduação – Curso Superior: _____
5. Última Formação Educacional (Por favor, especificar Graduação, Especialização, Mestrado, Doutorado em qual área?) _____
6. Cargo que ocupa na organização: _____
7. Tempo de Cargo na UBS: _____
8. Que tipo de vínculo empregatício você possui neste serviço:
 - ()Estatutário
 - ()CLT
 - ()Cooperativa
 - ()Contrato Temporário
 - ()Outros. Qual? _____
9. Favor estimar qual o número médio de consultas por semana que você atende/recebe na Unidade Básica de Saúde: _____ Consultas/Semana
10. Quantos profissionais de nível superior trabalham na Unidade Básica de Saúde _____ Funcionários
11. Quantos profissionais de nível técnico trabalham na Unidade Básica de Saúde _____ Funcionários

12. A Unidade Básica de Saúde possui o Programa Estratégia de Saúde da Família?

- Sim Não

Se a resposta for afirmativa, responda a questão 13.

13. Qual a quantidade de funcionários vinculados a Estratégia de Saúde da Família:

- Médicos
 Enfermeiros
 Dentistas
 Auxiliar de Saúde Bucal
 Técnicos ou Auxiliar de Enfermagem
 Agentes Comunitários de Saúde

14. A Unidade Básica de Saúde que você trabalha possui o Programa de Educação e Trabalho em Saúde (PET – Saúde)?

- Sim Não

15. Favor estimar qual o número médio de atividades científicas da Unidade Básica de Saúde (se entende por atividade científica o conjunto de atividades científicas em que participa a Unidade Básica de Saúde como: participação em congressos nacionais e internacionais, simpósios, cursos, jornadas, conferências, seminários e outros) _____ Atividades/Ano

16. De acordo com a escala abaixo, classifique a importância das relações da Unidade Básica de Saúde com os seguintes serviços de saúde considerando a sua realidade atual:

1	2	3	4	5
Muitíssima Importância	Muita Importância	É Importante	Pouca Importância	Nenhuma Importância

- Central de Marcação de Consultas
 Central de Regulação de Leitos
 Serviços de Saúde Mental
 Farmácia Medicamentos Especiais
 Farmácia Popular
 SAMU
 CES
 Laboratório de Análises
 Ambulatório da Universidade de Caxias do Sul
 Hospital Geral
 Hospital Pompéia
 Clínica Paulo Guedes
 Hospital Saúde
 Pronto Atendimento 24H
 Sistemas (SIAB, SISSAP)

- () Núcleos Especializados da Secretaria Municipal (Saúde da Mulher, Saúde do Idoso...)
- () NEPS
- () NEPESC
- () 5ª Coordenadoria Regional de Saúde

16. Telefone: _____

17. Email: _____

A pesquisa possui caráter confidencial. Os dados individuais de identificação não serão submetidos à publicação.

PARTE 3: ENTREVISTA DO ESTUDO

Essa etapa da pesquisa consiste na identificação de como, onde e de que forma ocorrem as inovações na Atenção Primária à Saúde de Caxias do Sul.

a) Questões Centrais

INOVAÇÃO

É a implementação de um novo produto (bem ou serviço) ou significativamente melhorado, ou de um processo, ou um novo método de *marketing*, ou um novo método organizacional na prática de gestão e de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas.

1) A UBS introduziu no mercado alguma Inovação de Produto (Serviço) a partir de 2009 até a presente data?

INOVAÇÃO DE PRODUTO (SERVIÇO)

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.

1) Sim

2) Não

Se 2, passar para questão 2.

1.1) Quais as inovações de Produto (Serviço) introduzidas para a população?

1.2) Quais os motivadores destas inovações (porque)? Esses motivadores estão relacionados ao estímulo dos prestadores de serviço, de decisão política, dos usuários ou de ambos?

1.3) Como estas inovações ocorreram (Aquisição de tecnologia, análise local)?

1.4) Quando estas inovações ocorreram (período de tempo)?

1.5) Onde estas inovações ocorreram (setor da unidade)?

1.6) Estas inovações são produtos novos introduzidos para a população ou significativamente melhorados?

1.7) Estas inovações são novas para a unidade de saúde ou para a população?

1.8) O que melhorou ou piorou, ou ainda, apenas mudou, para a unidade de saúde e para a população com a introdução dessa inovação?

2) A UBS introduziu no mercado alguma Inovação de Processo a partir de 2009 até a presente data?

INOVAÇÃO DE PROCESSO

É a implementação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado. Incluem – se mudanças significativas em técnicas e equipamentos.

1) Sim

2) Não

Se 2, passar para questão 3.

2.1) Quais as inovações de Processo introduzidas para a população?

2.2) Quais os motivadores destas inovações (porque)? Esses motivadores estão relacionados ao estímulo dos prestadores de serviço, de decisão política, dos usuários ou de ambos?

2.3) Como estas inovações ocorreram (Aquisição de tecnologia, análise local)?

2.4) Quando estas inovações ocorreram (período de tempo)?

2.5) Onde estas inovações ocorreram (setor da unidade)?

2.6) Estas inovações são produtos novos introduzidos para a população ou significativamente melhorados?

2.7) Estas inovações são novas para a unidade de saúde ou para a população?

2.8) O que melhorou ou piorou, ou ainda, apenas mudou, para a unidade de saúde e para a população com a introdução dessa inovação?

3) A UBS introduziu no mercado alguma Inovação de *Marketing* a partir de 2009 até a presente data?

INOVAÇÃO DE *MARKETING*

É a implementação de um método de *marketing* com mudanças significativas na concepção do produto ou serviço, no posicionamento do produto ou serviço, em sua promoção.

1) Sim

2) Não

Se 2, passar para questão 4.

3.1) Quais as inovações de *Marketing* introduzidas para a população?

3.2) Quais os motivadores destas inovações (porque)? Esses motivadores estão relacionados ao estímulo dos prestadores de serviço, de decisão política, dos usuários ou de ambos?

3.3) Como estas inovações ocorreram (Aquisição de tecnologia, análise local)?

3.4) Quando estas inovações ocorreram (período de tempo)?

3.5) Onde estas inovações ocorreram (setor da unidade)?

3.6) Estas inovações são produtos novos introduzidos para a população ou significativamente melhorados?

3.7) Estas inovações são novas para a unidade de saúde ou para a população?

3.8) O que melhorou ou piorou, ou ainda, apenas mudou, para a unidade de saúde e para a população com a introdução dessa inovação?

4) A UBS introduziu no mercado alguma Inovação Organizacional a partir de 2009 até a presente data?

INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL

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.

1) Sim

2) Não

Se 2, finalizar a entrevista.

4.1) Quais as inovações Organizacionais introduzidas para a população?

4.2) Quais os motivadores destas inovações (porque)? Esses motivadores estão relacionados ao estímulo dos prestadores de serviço, de decisão política, dos usuários ou de ambos?

4.3) Como estas inovações ocorreram (Aquisição de tecnologia, análise local)?

4.4) Quando estas inovações ocorreram (período de tempo)?

4.5) Onde estas inovações ocorreram (setor da unidade)?

4.6) Estas inovações são produtos novos introduzidos para a população ou significativamente melhorados?

4.7) Estas inovações são novas para a unidade de saúde ou para a população?

4.8) O que melhorou ou piorou, ou ainda, apenas mudou, para a unidade de saúde e para a população com a introdução dessa inovação?

Muito obrigada por responder o questionário e conceder a entrevista!

A pesquisa possui caráter confidencial. Os dados individuais de identificação não serão submetidos à publicação.

APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA

INOVAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CAXIAS DO SUL – ETAPA II

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.

CONTEÚDO DO QUESTIONÁRIO

Parte 1: Identificação do Entrevistado

Parte 2: Identificação da Pesquisa

Parte 3: Questionário

PARTE 1: IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1. Data de aplicação do questionário: _____

2. Nome da Unidade de Saúde: _____

3. Nome completo: _____

4. Telefone: _____

5. Email: _____

A pesquisa possui caráter confidencial. Os dados individuais de identificação não serão submetidos à publicação.

PARTE 2: IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA

Considerando que a Atenção Primária à Saúde contempla um conjunto de ações que abrangem o processo de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, e, também, que a inovação é a força motriz para o desenvolvimento, esse estudo pretende buscar o entendimento dos fatores que podem influenciar o processo de inovação nas UBS, utilizando – os de forma a alcançar a excelência na implementação dos princípios do SUS. Tendo em vista o contexto histórico e econômico do setor da saúde no Brasil, em especial em Caxias do Sul (RS), e a importância da inovação para as organizações, o objetivo geral é identificar os quatro tipos de inovações conceituadas na bibliografia contemporânea – produtos e/ou serviços, processo, gestão (organizacional) e *marketing* (posição competitiva) na APS, do sistema de saúde de Caxias do Sul (RS). Para tanto, como objetivos específicos pretende – se entender melhor os fatores que influenciam o processo da inovação em instituições de saúde locais contribuindo para o seu desempenho, considerando os fundamentos e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, através da identificação dos motivadores dessas inovações, além de, como, e onde essas inovações ocorrem, permitindo identificar a extensão e o grau de novidade para a APS de Caxias do Sul (RS).

PARTE 3: QUESTIONÁRIO

Esse questionário trata das características do seu serviço de saúde a partir das inovações na saúde. Quando nos referimos a “seu serviço de saúde”:

- a) estas se referem a você e as pessoas que trabalham diretamente com você, ou seja, os servidores (profissionais de saúde);
- b) envolve um usuário que utilizará o serviço de saúde ofertado;
- c) envolve políticas públicas governamentais de saúde dos entes federativos.

DEFINIÇÃO DE CAPACIDADES

Caracterizado como a soma de conhecimento, habilidades e atitudes para entrega de um resultado. Ou seja, conhecimento para saber como fazer; habilidades para saber como executar ações conforme preconizado, e; atitudes para seguir comportamentos individuais ou coletivos sob uma conduta (GALLOUJ, 2002; SVEIBY, 1998).

DEFINIÇÃO DE PREFERÊNCIAS

Representa a opção e prioridade na adoção de uma necessidade. Influenciada por fatores racionais, a partir das características socioeconômicas e, subjetivos, a partir de características aleatórias como hábitos, costumes, crenças, valores, riscos, etc. (WINDRUM e GARCÍA – GOÑI, 2008, GARCÍA – GOÑI, 2006).

ATENÇÃO

1. POR FAVOR, RESPONDA O MAIS FIELMENTE POSSÍVEL.

2. TODAS AS QUESTÕES DEVEM SER RESPONDIDAS COM BASE NAS INOVAÇÕES INFORMADAS PELO ENTREVISTADO NA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA. OU SEJA, A UBS X PODE NÃO TER INTRODUIDO ALGUMA INOVAÇÃO DESCRITA ABAIXO, CONSIDERARÁ, PORTANTO, AS QUESTÕES QUE OCORRERAM NA SUA UBS.

3. MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR LINHA DE CONCORDÂNCIA.

4. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

BLOCO I – INOVAÇÕES DE PRODUTO					
A INOVAÇÃO ENUMERADA ABAIXO, REQUEREREU A MOBILIZAÇÃO DA: (ASSINALE A MELHOR OPÇÃO)					
1. Variedade de Exames Laboratoriais disponibilizados através das UBS	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Capacidade do Usuário.					
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Novos produtos para curativos	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Capacidade do Usuário.					
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Medicamentos Diferentes no Componente Básico	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Preferência dos Servidores.					
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C) Capacidade do Usuário.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	D) Preferência do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	F) Preferência do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
4. Tratamento da Hepatite C	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
5. Dietas Parenterais para Gastrostomia	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
6. Solicitação de exames de alta complexidade	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
7. Tratamento medicamentoso para o Pé Diabético	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
8. Procedimento de Drenagem de Abscesso	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
C) Capacidade do Usuário.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	D) Preferência do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
9. Programa de Ginástica com SMEL	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
10. Grupo de acolhimento e tratamento de acordo com o distúrbio de saúde	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
11. Inclusão social por meio de capacitação e inserção no mercado de trabalho	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
12. Serviço de Planejamento Familiar	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
13. Projeto Cheidi	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
C) Capacidade do Usuário.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	D) Preferência do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
14. Estratégia de Saúde Bucal	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
15. Estagiários de Fisioterapia	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
16. Estagiários de Nutrição	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
17. Profissional de Saúde nas UBS	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
18. Estagiários técnicos de nível médio	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
C) Capacidade do Usuário.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	D) Preferência do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	F) Preferência do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
19. As características dos serviços de saúde ofertados para a população foram transformadas pelas inovações de produto.	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
BLOCO II – INOVAÇÕES DE PROCESSO					
A INOVAÇÃO ENUMERADA ABAIXO NECESSITOU DA MOBILIZAÇÃO DA: (ASSINALE A MELHOR OPÇÃO)					
1. Investimento de Cadeira Ginecológica	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
2. Aquisição de Instrumentos	D) Preferência do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	F) Preferência do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	D) Preferência do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	F) Preferência do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
3. Turnos adicionais de Visitas Domiciliares por agentes da ESF	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
4. Matriciamento em Saúde Mental	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
5. Controle de Demanda Espontânea de Atendimentos	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
6. Exame de Mamografia para toda População Feminina da UBS	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
7. Controle Citopatológico para toda População Feminina da UBS	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
C) Capacidade do Usuário.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	D) Preferência do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
8. Coleta de Exames Laboratorial Domiciliar	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
9. Descentralização da Insulina	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
10. Dispensação de Medicamentos de Uso contínuo fracionada em sacos para os pacientes Hipertensos e Diabéticos com Adesivos de Quantidade e Intervalo de Dose	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
11. Horário Estendido de Abertura da UBS – Programa Saúde do Trabalhador	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
12. Monitoração de diabético insulino – dependente quanto à aplicação e descarte de material	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
C) Capacidade do Usuário.					

perfurocortante	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	D) Preferência do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
13. Educação Nutricional para Merenda Escolar com apoio da Secretaria Municipal da Educação (SME)	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
14. Programa de Educação e Trabalho (PET)	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
15. Educação em Fisioterapia nas ONG dos bairros para inclusão de tratamento em UBS	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
35. As características dos serviços de saúde ofertados para a população foram transformadas pelas inovações de processo.	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
BLOCO III – INOVAÇÕES DE MARKETING					
A INOVAÇÃO ENUMERADA ABAIXO REQUEREREU A MOBILIZAÇÃO DA: (ASSINALE A MELHOR OPÇÃO)					
36. Associação com Instituições Religiosas para Divulgação de Serviços	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
37. Educação em Empresas – Saúde do Trabalhador	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	D) Preferência do Usuário.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
38. Ação de profissionais de nível Superior em escolas para educação e captação de usuários	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	D) Preferência do Usuário.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
39. Utilização de pesquisas com Conselho Local de Saúde da população para identificação de deficiências	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
C) Capacidade do Usuário.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	D) Preferência do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
40. Ação de ACS com grupo de pacientes	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
41. Trabalho com a Comunidade	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
42. Rádio Divulgação de Serviços na UBS	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
43. Ouvidoria na UBS	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
44. Folder do Funcionamento dos serviços e de zonas de risco epidemiológico do território da UBS	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
C) Capacidade do Usuário.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	D) Preferência do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	F) Preferência do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
45. Folder com Mapa da unidade para orientação dos pacientes	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
46. Campanha "Sorriso 10"	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					

	Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5
47. Campanha “Bebê nota 10”	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5	
48. As características dos serviços de saúde ofertados para a população foram transformadas pelas inovações de <i>marketing</i> .	Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5
BLOCO IV – INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL					
A INOVAÇÃO ENUMERADA ABAIXO NECESSITOU DA MOBILIZAÇÃO DA: (ASSINALE A MELHOR OPÇÃO)					
49. Mudanças na Estrutura das UBS para deficientes e idosos e crianças (cantinho da criança)	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente <input type="radio"/> 1	Discordo Parcialmente <input type="radio"/> 2	Nem Concordo Nem Discordo <input type="radio"/> 3	Concordo Parcialmente <input type="radio"/> 4	Concordo Totalmente <input type="radio"/> 5	

50. Ativação da sala de Observação	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o	
51. Mapeamento dos Usuários das UBS por endereço (otimizando o encaminhamento de ACS)	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o	
52. Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para serviços de enfermagem e serviços médicos	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o
C) Capacidade do Usuário.					
Discordo Totalmente 1 ^o	Discordo Parcialmente 2 ^o	Nem Concordo Nem Discordo 3 ^o	Concordo Parcialmente 4 ^o	Concordo Totalmente 5 ^o	
D) Preferência do Usuário.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	F) Preferência do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
53. Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) naUBS para cadastramento de programas federais (HIPERDIA)	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
54. Prontuário da Família	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
55. Acolhimento	A) Capacidade dos Servidores.				

Específico para Pediatria e Gestantes (30ª semana)	Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵
	D) Preferência do Usuário.				
Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵	
56. Fluxo de agendamento de grupos de risco facilitado via telefone	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵	
57. Organização online do encaminhamento dos pacientes ao hospital pela Central de Leitos	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵
C) Capacidade do Usuário.					
Discordo Totalmente 1 ¹	Discordo Parcialmente 2 ²	Nem Concordo Nem Discordo 3 ³	Concordo Parcialmente 4 ⁴	Concordo Totalmente 5 ⁵	
D) Preferência do Usuário.					

	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	E) Capacidade do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	F) Preferência do Decisor Político.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
58. Informatização SIS.SAP	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
59. Escala de dedicação dos profissionais a atividades científicas – Educação Permanente em Saúde	A) Capacidade dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	B) Preferência dos Servidores.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	C) Capacidade do Usuário.				
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
D) Preferência do Usuário.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
E) Capacidade do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
F) Preferência do Decisor Político.					
Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5	
60. As características dos serviços de saúde	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5
	Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Nem Concordo Nem Discordo 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo Totalmente 5

ofertados para a população foram transformadas pelas inovações organizacionais.	
---	--

APÊNDICE IV – TESTE DE TUKEY (MÚLTIPLAS COMPARAÇÕES)

Multiple Comparisons							
Tukey HSD							
Dependent Variable	(I) FATOR	(J) FATOR	Mean Difference (I – J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
SOMA_PRODUTO	1,00	2,00	5,88889*	.99302	.000	3.0382	8.7396
		3,00	9,02222*	.99302	.000	6.1715	11.8729
		4,00	4,95556*	.99302	.000	2.1048	7.8063
		5,00	3,13333*	.99302	.022	.2826	5.9841
		6,00	5,26667*	.99302	.000	2.4159	8.1174
	2,00	1,00	- 5,88889*	.99302	.000	- 8.7396	- 3.0382
		3,00	3,13333*	.99302	.022	.2826	5.9841
		4,00	- .93333	.99302	.936	- 3.7841	1.9174
		5,00	- 2.75556	.99302	.065	- 5.6063	.0952
		6,00	- .62222	.99302	.989	- 3.4729	2.2285
	3,00	1,00	- 9,02222*	.99302	.000	- 11.8729	- 6.1715
		2,00	- 3,13333*	.99302	.022	- 5.9841	- .2826
		4,00	- 4,06667*	.99302	.001	- 6.9174	- 1.2159
		5,00	- 5,88889*	.99302	.000	- 8.7396	- 3.0382
		6,00	- 3,75556*	.99302	.003	- 6.6063	- .9048
	4,00	1,00	- 4,95556*	.99302	.000	- 7.8063	- 2.1048
		2,00	.93333	.99302	.936	- 1.9174	3.7841
		3,00	4,06667*	.99302	.001	1.2159	6.9174
		5,00	- 1.82222	.99302	.445	- 4.6729	1.0285
		6,00	.31111	.99302	1.000	- 2.5396	3.1618
	5,00	1,00	- 3,13333*	.99302	.022	- 5.9841	- .2826
		2,00	2.75556	.99302	.065	- .0952	5.6063
		3,00	5,88889*	.99302	.000	3.0382	8.7396
		4,00	1.82222	.99302	.445	- 1.0285	4.6729
6,00		2.13333	.99302	.266	- .7174	4.9841	
6,00	1,00	- 5,26667*	.99302	.000	- 8.1174	- 2.4159	
	2,00	.62222	.99302	.989	- 2.2285	3.4729	
	3,00	3,75556*	.99302	.003	.9048	6.6063	

		4,00	-.31111	.99302	1.000	-3.1618	2.5396		
		5,00	-2.13333	.99302	.266	-4.9841	.7174		
SOMA_PROCESSO	1,00	2,00	9,37778*	1.14619	.000	6.0873	12.6682		
		3,00	11,15556*	1.14619	.000	7.8651	14.4460		
		4,00	9,77778*	1.14619	.000	6.4873	13.0682		
		5,00	7,64444*	1.14619	.000	4.3540	10.9349		
		6,00	8,04444*	1.14619	.000	4.7540	11.3349		
		2,00	1,00	-9,37778*	1.14619	.000	-12.6682	-6.0873	
			3,00	1.77778	1.14619	.632	-1.5127	5.0682	
			4,00	.40000	1.14619	.999	-2.8905	3.6905	
			5,00	-1.73333	1.14619	.657	-5.0238	1.5571	
			6,00	-1.33333	1.14619	.854	-4.6238	1.9571	
		3,00	1,00	-11,15556*	1.14619	.000	-14.4460	-7.8651	
				2,00	-1.77778	1.14619	.632	-5.0682	1.5127
				4,00	-1.37778	1.14619	.836	-4.6682	1.9127
				5,00	-3,51111*	1.14619	.029	-6.8016	-.2207
				6,00	-3.11111	1.14619	.076	-6.4016	.1793
		4,00	1,00	-9,77778*	1.14619	.000	-13.0682	-6.4873	
				2,00	-.40000	1.14619	.999	-3.6905	2.8905
				3,00	1.37778	1.14619	.836	-1.9127	4.6682
				5,00	-2.13333	1.14619	.429	-5.4238	1.1571
				6,00	-1.73333	1.14619	.657	-5.0238	1.5571
		5,00	1,00	-7,64444*	1.14619	.000	-10.9349	-4.3540	
				2,00	1.73333	1.14619	.657	-1.5571	5.0238
				3,00	3,51111*	1.14619	.029	.2207	6.8016
				4,00	2.13333	1.14619	.429	-1.1571	5.4238
			6,00	.40000	1.14619	.999	-2.8905	3.6905	
	6,00	1,00	-8,04444*	1.14619	.000	-11.3349	-4.7540		
			2,00	1.33333	1.14619	.854	-1.9571	4.6238	
			3,00	3.11111	1.14619	.076	-.1793	6.4016	
			4,00	1.73333	1.14619	.657	-1.5571	5.0238	
			5,00	-.40000	1.14619	.999	-3.6905	2.8905	
SOMA_MARKETING	1,00	2,00	2.75556	.99627	.066	-.1045	5.6156		
		3,00	6,84444*	.99627	.000	3.9844	9.7045		
		4,00	3,84444*	.99627	.002	.9844	6.7045		
		5,00	14,37778*	.99627	.000	11.5177	17.2378		
		6,00	14,82222*	.99627	.000	11.9622	17.6823		

	2,00	1,00	- 2.75556	.99627	.066	- 5.6156	.1045
		3,00	4,08889*	.99627	.001	1.2288	6.9489
		4,00	1.08889	.99627	.884	- 1.7712	3.9489
		5,00	11,62222*	.99627	.000	8.7622	14.4823
		6,00	12,06667*	.99627	.000	9.2066	14.9267
	3,00	1,00	- 6,84444*	.99627	.000	- 9.7045	- 3.9844
		2,00	- 4,08889*	.99627	.001	- 6.9489	- 1.2288
		4,00	- 3,00000*	.99627	.034	- 5.8601	- .1399
		5,00	7,53333*	.99627	.000	4.6733	10.3934
		6,00	7,97778*	.99627	.000	5.1177	10.8378
	4,00	1,00	- 3,84444*	.99627	.002	- 6.7045	- .9844
		2,00	- 1.08889	.99627	.884	- 3.9489	1.7712
		3,00	3,00000*	.99627	.034	.1399	5.8601
		5,00	10,53333*	.99627	.000	7.6733	13.3934
		6,00	10,97778*	.99627	.000	8.1177	13.8378
	5,00	1,00	- 14,37778*	.99627	.000	- 17.2378	- 11.5177
		2,00	- 11,62222*	.99627	.000	- 14.4823	- 8.7622
		3,00	- 7,53333*	.99627	.000	- 10.3934	- 4.6733
		4,00	- 10,53333*	.99627	.000	- 13.3934	- 7.6733
		6,00	.44444	.99627	.998	- 2.4156	3.3045
	6,00	1,00	- 14,82222*	.99627	.000	- 17.6823	- 11.9622
		2,00	- 12,06667*	.99627	.000	- 14.9267	- 9.2066
		3,00	- 7,97778*	.99627	.000	- 10.8378	- 5.1177
		4,00	- 10,97778*	.99627	.000	- 13.8378	- 8.1177
		5,00	- .44444	.99627	.998	- 3.3045	2.4156
SOMA_ORGANIZACIONAL	1,00	2,00	3,55556*	.92428	.002	.9022	6.2090
		3,00	6,73333*	.92428	.000	4.0799	9.3867
		4,00	2.44444	.92428	.090	- .2090	5.0978
		5,00	2.04444	.92428	.236	- .6090	4.6978
		6,00	4,00000*	.92428	.000	1.3466	6.6534
	2,00	1,00	- 3,55556*	.92428	.002	- 6.2090	- .9022
		3,00	3,17778*	.92428	.009	.5244	5.8312
		4,00	- 1.11111	.92428	.836	- 3.7645	1.5423
		5,00	- 1.51111	.92428	.576	- 4.1645	1.1423
		6,00	.44444	.92428	.997	- 2.2090	3.0978

	3,00	1,00	- 6,73333*	.92428	.000	- 9.3867	- 4.0799
		2,00	- 3,17778*	.92428	.009	- 5.8312	- .5244
		4,00	- 4,28889*	.92428	.000	- 6.9423	- 1.6355
		5,00	- 4,68889*	.92428	.000	- 7.3423	- 2.0355
		6,00	- 2,73333*	.92428	.039	- 5.3867	- .0799
	4,00	1,00	- 2.44444	.92428	.090	- 5.0978	.2090
		2,00	1.11111	.92428	.836	- 1.5423	3.7645
		3,00	4,28889*	.92428	.000	1.6355	6.9423
		5,00	- .40000	.92428	.998	- 3.0534	2.2534
		6,00	1.55556	.92428	.544	- 1.0978	4.2090
	5,00	1,00	- 2.04444	.92428	.236	- 4.6978	.6090
		2,00	1.51111	.92428	.576	- 1.1423	4.1645
		3,00	4,68889*	.92428	.000	2.0355	7.3423
		4,00	.40000	.92428	.998	- 2.2534	3.0534
		6,00	1.95556	.92428	.282	- .6978	4.6090
	6,00	1,00	- 4,00000*	.92428	.000	- 6.6534	- 1.3466
		2,00	- .44444	.92428	.997	- 3.0978	2.2090
		3,00	2,73333*	.92428	.039	.0799	5.3867
		4,00	- 1.55556	.92428	.544	- 4.2090	1.0978
		5,00	- 1.95556	.92428	.282	- 4.6090	.6978

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

**ANEXO I – ATESTADO DE COMPROVAÇÃO DE RECURSOS DE BOLSA
CAPES/PROSUP**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA
PÓS-GRADUAÇÃO

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que **Cristine Herman Nodari** é aluna regularmente matriculada no curso de Doutorado em Administração desde março de 2010 no âmbito do projeto “Dinâmica Da Inovação No Serviço Público Da Atenção Primária À Saúde De Caxias Do Sul (RS)” e que possui bolsa e taxas mantido com recursos CAPES/PROSUP.

Atenciosamente,

Porto Alegre, 20 de junho de 2012.

Prof^ª. Dr. Edimara Mezzomo Luciano
Coordenadora do PPGAd

Prof^ª Edimara Mezzomo Luciano
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Administração - PUCRS

ANEXO II – PARECER SOBRE SOLICITAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Caxias do Sul
Secretaria Municipal da Saúde

PARECER SOBRE SOLICITAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA

Em relação ao pedido de realização da Pesquisa “**DINÂMICA DA INOVAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CAXIAS DO SUL**” da pesquisadora Cristine Hermann Nodari, do Curso de Pós Graduação – PPGA em Administração, da Universidade de Caxias do Sul, esta Secretaria manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que o pesquisador cumpra os seguintes requisitos:

- Fornecimento de cópia da conclusão do trabalho a SMS;
- Inclusão do nome da Prefeitura Municipal de Caxias de Sul/SMS em possíveis publicações científicas;

Caxias do Sul, 15 de maio de 2012

Maria do Rosário Antoniazzi
Secretária Municipal de Saúde

**ANEXO III – PROGRAMA EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET
– SAÚDE)**



**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
DECLARAÇÃO**

Declaro que a pesquisa denominada DINÂMICA DA INOVAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CAXIAS DO SUL (RS) de autoria de Cristine Hermann Nodari possui parceria com Núcleo de Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade de Caxias do Sul (NEPESC – UCS), por meio do Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde), da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES – MS) disponibilizando tutores e bolsistas para realização de atividades referente a produção de conhecimentos.

Sendo o que tínhamos para o momento,

Caxias do Sul, junho de 2013

Suzete Marchetto Claus

Coordenadora

CIDADE UNIVERSITÁRIA

Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 – B. Petrópolis – CEP 95070-560 – Caxias do Sul – RS – Brasil

Ou: Caixa Postal 1352 – CEP 95020-972 – Caxias do Sul – RS – Brasil

Telefone / Telefax (54) 3218 2100 – www.ucs.br

Entidade Mantenedora: Fundação Universidade de Caxias do Sul – CNPJ 88 648 761/0001-03 – CGCTE 029/0089530



Art. 1º Conceder Autorização de Funcionamento de Empresa, prestadora de serviço de Armazenagem de Mercadorias sob Vigilância Sanitária, em Recinto Alfandegado, em conformidade com o disposto em anexo.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ALVARES DA SILVA

(*) Esta Resolução e o anexo a que se refere serão publicados em suplemento à presente edição.

RESOLUÇÃO-RE Nº 362, DE 2 DE FEVEREIRO DE 2010(*)

O Diretor da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto de nomeação de 29 de maio de 2007 do Presidente da República, o inciso VIII do art. 15, e o inciso I e o § 1º do art. 55 do Regulamento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e a Portaria nº 453 da ANVISA, de 09 de abril de 2009, e ainda amparado pela Resolução RDC nº 346, de 16 de dezembro de 2002, resolve:

Art. 1º Conceder Cadastro de Empresa Filial, prestadora de serviço de Armazenagem de Mercadorias sob Vigilância Sanitária, em Recinto Alfandegado, em conformidade com o disposto em anexo.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ALVARES DA SILVA

(*) Esta Resolução e o anexo a que se refere serão publicados em suplemento à presente edição.

RESOLUÇÃO-RE Nº 363, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2010(*)

A Diretora da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, nomeada pelo Decreto de 25 de março de 2009, do Presidente da República, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 12, do Decreto nº 3.029/1999, c/c arts. 15 e 55, I, § 1º, do Anexo I, da Portaria nº 354, de 11 de agosto de 2006, republicada em 21 de agosto de 2006 e, ainda, a Portaria nº 453 da ANVISA, de 9 de abril de 2009,

considerando o art. 3º do Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, bem como o inciso IX, do art. 7º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, resolve:

Art. 1º Conceder, revalidação de registro, alteração de fórmula do produto, registro de alimentos e bebidas, inclusão de marca, alteração do nome designação do produto, na conformidade da relação anexa.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA CECÍLIA MARTINS BRITO

(*) Esta Resolução e o anexo a que se refere serão publicados em suplemento à presente edição.

RESOLUÇÃO-RE Nº 364, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2010(*)

A Diretora da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, nomeada pelo Decreto de 25 de março de 2009, do Presidente da República, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 12, do Decreto nº 3.029/1999 c/c art. 15 e 55, I, § 1º, do Anexo I, da Portaria nº 354, de 11 de agosto de 2006, republicada em 21 de agosto de 2006 e, ainda, a Portaria nº 453 da ANVISA, de 9 de abril de 2009,

considerando o art. 3º do Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, bem como o inciso IX, do art. 7º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, resolve:

Art. 1º Indeferir Registro de Alimentos e Bebidas - Importado, Inclusão de Marca, Renovação de Registro de Água Mineral e/ou Água Mineral Natural, Registro de Alimentos e Bebidas, Revalidação de Registro, Solicitação de Recurso Administrativo, Registro Único de Alimentos e Bebidas - Nacional, Registro de Aditivo e Coadjuvante de Tecnologia, na conformidade da relação anexa.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA CECÍLIA MARTINS BRITO

(*) Esta Resolução e o anexo a que se refere serão publicados em suplemento à presente edição.

RESOLUÇÃO-RE Nº 409, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2010(*)

A Diretora da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, nomeada pelo Decreto de 25 de março de 2009, do Presidente da República, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 12, do Decreto nº 3.029/1999, c/c arts. 15 e 55, I, § 1º, do Anexo I, da Portaria nº 354, de 11 de agosto de 2006, republicada em 21 de agosto de 2006 e, ainda, a Portaria nº 453 da ANVISA, de 9 de abril de 2009,

considerando o art. 3º do Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, bem como o inciso IX, do art. 7º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, resolve:

Art. 1º Conceder Revalidação de Registro, Alteração de Fórmula do Produto, Retificação de Publicação/Embalagem do Produto, Retificação de Publicação/Data de Vencimento do Registro, Retificação de Publicação/Categoria do Produto, Retificação de Publicação/

Nome do Produto, Retificação de Publicação/Data de Validade do Produto, Alteração de Rotulagem, Registro de Alimentos e Bebidas, Retificação de Publicação/Marca do Produto, Retificação de Publicação/Unidade Fabril, Retificação de Publicação/Sabor do Produto, Inclusão de Marca, Solicitação de Recurso Administrativo, Retificação de Publicação/Designação do Produto, Extensão para Registro Único - Nacional, na conformidade da relação anexa.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA CECÍLIA MARTINS BRITO

(*) Esta Resolução e o anexo a que se refere serão publicados em suplemento à presente edição.

RESOLUÇÃO-RE Nº 410, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2010(*)

A Diretora da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, nomeada pelo Decreto de 25 de março de 2009, do Presidente da República, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 12, do Decreto nº 3.029/1999, c/c arts. 15 e 55, I, § 1º, do Anexo I, da Portaria nº 354, de 11 de agosto de 2006, republicada em 21 de agosto de 2006 e, ainda, a Portaria nº 453 da ANVISA, de 9 de abril de 2009,

considerando o art. 3º do Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, bem como o inciso IX, do art. 7º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, resolve:

Art. 1º Conceder, registro único de alimentos e bebidas - nacional, registro de alimentos e bebidas, registro de aditivo e coadjuvante de tecnologia - nacional, retificação de publicação/ nome do produto, retificação de publicação/ embalagem do produto, inclusão de marca, exclusão de marca, registro único de alimentos e bebidas - importado, na conformidade da relação anexa.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA CECÍLIA MARTINS BRITO

(*) Esta Resolução e o anexo a que se refere serão publicados em suplemento à presente edição.

RETIFICAÇÃO

No Diário Oficial da União nº 21, de 1 de fevereiro de 2010, seção 1, página 51 e em Suplemento página. 83.

Onde se lê:

RESOLUÇÃO - RE Nº 536, DE 29 DE JANEIRO DE 2010

Leia-se:

RESOLUÇÃO - RE Nº 356, DE 29 DE JANEIRO DE 2010

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 433, DE 14 DE JANEIRO DE 2010

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quinta Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 13 e 14 de janeiro de 2010, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando que a III Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em dezembro de 2001;

considerando que a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, aprovou a Moção nº 012, que apoia a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental;

considerando a necessidade de analisar o debate da saúde mental com os diversos setores da sociedade;

considerando que o atual cenário da Reforma Psiquiátrica indica novos desafios para a melhoria do cuidado em saúde mental no território, sendo fundamental o desenvolvimento de ações intersectoriais, com ênfase nos direitos humanos, assistência social, educação, cultura, justiça, trabalho, esporte, entre outros;

considerando a reivindicação dos usuários e familiares da saúde mental pela realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental apresentada em audiência realizada no Ministério da Saúde, em outros Ministérios e órgãos de governo, durante a Marcha dos Usuários da Saúde Mental no dia 30 de setembro de 2009;

considerando a recomendação da Reunião Ampliada da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), em 21 e 22 de outubro de 2009, pela realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, resolve:

Solicitar ao Senhor Ministro da Saúde a convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, interministerial, com realização até junho de 2010, objetivando fortalecer o debate da saúde mental no SUS com participação social.

FRANCISCO BATISTA JÚNIOR
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homólogo,

A Resolução CNS nº 433, de 14 de janeiro de 2010, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

PORTARIA Nº 63, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2010

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições;

Considerando a Portaria 807/GM, de 23 de abril de 2009, que redefine os limites financeiros destinados ao custeio da Terapia Renal Substitutiva - TRS, dos Estados, Distrito Federal e Municípios;

e Considerando o Ofício nº 1.424, de 01 de fevereiro de 2010, da Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul, resolve:

Art. 1º - Redefinir o limite financeiro, destinado ao custeio da Nefrologia do município de Corumbá no estado de Mato Grosso do Sul, conforme quadro abaixo:

Município/Estado	Valor mensal (R\$)	Valor anual (R\$)
Corumbá	100.000,00	1.200.000,00
Gestão Estadual	109.294,81	1.311.537,72

Art. 2º - Instruir que o remanejamento de recurso concedido por meio desta Portaria não acarretará impacto financeiro para o Ministério da Saúde.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência agosto de 2009.

ALBERTO BELTRAME

RETIFICAÇÃO

Na Portaria SAS/MS nº 23, de 19 de janeiro de 2010, publicada no Diário Oficial da União - DOU nº 15, de 22 de janeiro de 2010, seção 1, página 125,

Onde se lê:

UF	Nível	Serviço	CNES	CNPJ	Município
SP	Serviço de Reabilitação Visual	Congreg - Hospital de Dividulândia	2082810	51.356.268/0002-45	São Paulo

Leia-se:

UF	Nível	Serviço	CNES	CNPJ	Município
SP	Serviço de Reabilitação Visual	Congreg - Hospital de Dividulândia	2082810	51.356.268/0002-45	São João da Boa Vista

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

PORTARIA Nº 1, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2010

Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde 2010/2011.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, que instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde; a Portaria Interministerial MS/MEC nº 917, de 6 de maio de 2009 e a Portaria nº 3, de 7 de maio de 2009, que estabelecem orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa e para a concessão de bolsas; e o Edital nº 18, de 16 de setembro de 2009, referente a seleção para o PET-Saúde 2010/2011, resolve:

Art. 1º Homologar o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde 2010/2011.

Art. 2º Divulgar a relação dos Projetos selecionados, conforme Anexo desta Portaria.

Art. 3º As Instituições de Educação Superior/Secretarias de Saúde selecionadas deverão firmar Termo de Compromisso com o objetivo de atender as adequações dos respectivos Projetos, quando for o caso, de acordo com a avaliação realizada durante o Processo Seletivo do PET-Saúde 2010/2011, sob pena de desclassificação.

Parágrafo único. As adequações relativas a cada projeto, se necessárias e conforme processo avaliativo, serão comunicadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS a coordenação dos projetos aprovados, individualmente, abrangendo a exclusão de cursos de graduação da área da saúde que não constam da Resolução CNS nº 287/1998; a adequação, quando for o caso, em relação ao número de grupos PET-Saúde aprovados para participação no Programa; e a apresentação de documentação necessária que, porventura, não tenha sido incluída no projeto enviado ao Ministério da Saúde.



Art. 4º O prazo para o atendimento do disposto no artigo 3º e parágrafo único será até 15 de março de 2010.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS

ANEXO

Projetos de Secretarias de Saúde e Instituições de Educação Superior selecionados para o PET-Saúde 2010/2011:

IES	Secretarias de Saúde
Centro Universitário São Camilo	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SP
Centro Universitário Vila Velha	Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha - ES
Escola Superior em Ciências da Saúde - ECS - FEPECS	Secretaria de Estado de Saúde - DF
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SP
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais/ Fundação Educacional Lucas Machado	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG
Faculdade de Medicina de Jundiaí	Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí - SP
Faculdade de Medicina de Marília	Secretaria Municipal de Saúde de Marília - SP
Faculdade de Medicina de Marília	Secretaria Municipal de Saúde de Marília - SP
Faculdade de Medicina de Petropolis - (Faculdade Arthur Sa Esm Nêgo)	Secretaria Municipal de Saúde de Petropolis - RJ
Faculdade de Medicina do ABC	Secretaria Municipal de Saúde de São Caetano do Sul - SP
Faculdade de Medicina do ABC	Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo - SP
Faculdade de Medicina do ABC	Secretaria Municipal de Saúde de Santo André - SP
Faculdade Evangélica do Paraná	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - PR
Fundação Universidade Federal de Rondonia	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho - RO
Fundação Universidade Federal do Rio Grande	Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande - RS
Fundação Universidade Federal de Tocantins	Secretaria Municipal de Saúde de Palmas - TO
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/Sorocaba	Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba - SP
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - RS
Universidade Católica de Pelotas	Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas - RS
Universidade Comunitária Regional de Chapaco	Secretaria Municipal de Saúde de Chapaco - SC
Universidade de Marília de Joviville	Secretaria Municipal de Saúde de Joviville - SC
Universidade de Brasília	Secretaria Municipal de Saúde de Gama - GO
Universidade de Brasília	Secretaria Municipal de Saúde de Santa Isabel - GO
Universidade de Brasília	Secretaria de Saúde do Distrito Federal - DF
Universidade de Brasília e Universidade Católica de Brasília	Secretaria de Saúde do Distrito Federal - DF / DG/S de Ceilândia
Universidade de Caxias do Sul	Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul - RS
Universidade de Fortaleza	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - CE
Universidade de Passo Fundo	Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo - RS
Universidade de Pernambuco	Secretaria Municipal de Saúde de Recife - PE
Universidade de Santa Cruz do Sul	Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul - RS
Universidade de São Paulo	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SP
Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SP
Universidade do Estado do Pará	Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua - PA
Universidade do Estado do Pará	Secretaria Municipal de Saúde de Belém - PA
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte	Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró - RN
Universidade do Extremo Sul Catarinense	Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma - SC
Universidade do Extremo Sul Catarinense	Secretaria Municipal de Saúde de Igará - SC
Universidade do Oeste de Santa Catarina	Secretaria Municipal de Saúde de Herval D'Oeste - SC
Universidade do Sul de Santa Catarina	Secretaria Municipal de Saúde de Palhoca - SC
Universidade do Sul de Santa Catarina	Secretaria Municipal de Saúde de Tubarão - SC
Universidade do Vale do Itajaí	Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí - SC
Universidade Estadual de Campinas	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - SP
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas	Secretaria Municipal de Saúde de Maceió - AL
Universidade Estadual de Feira de Santana	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana - BA
Universidade Estadual de Londrina	Secretaria Municipal de Saúde de Iporá - PR
Universidade Estadual de Londrina	Secretaria Municipal de Saúde de Cambé - PR
Universidade Estadual de Londrina	Secretaria Municipal de Saúde de Londrina - PR
Universidade Estadual de Maringá	Secretaria Municipal de Saúde de Maringá - PR
Universidade Estadual de Maringá	Secretaria Municipal de Saúde de Marabá - PR
Universidade Estadual de Montes Claros	Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros - MG

Universidade Estadual de Santa Cruz	Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus - BA
Universidade Estadual de Santa Cruz	Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus - BA
Universidade Estadual do Ceará	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - CE
Universidade Estadual do Ceará	Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú - CE
Universidade Estadual do Maranhão	Secretaria Municipal de Saúde de Caxias - MA
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	Secretaria Municipal de Saúde de Jequié - BA
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"	Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu - SP
Universidade Federal da Bahia	Secretaria Municipal de Saúde de Salvador - BA
Universidade Federal da Bahia e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista - BA
Universidade Federal da Grande Dourados	Secretaria Municipal de Saúde de Amambai - MS
Universidade Federal da Grande Dourados	Secretaria Municipal de Saúde de Ananiniândia - MS
Universidade Federal da Grande Dourados	Secretaria Municipal de Saúde de Dourados - MS
Universidade Federal da Paraíba	Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - PB
Universidade Federal de Alagoas	Secretaria Municipal de Saúde de Maceió - AL
Universidade Federal de Alagoas	Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Ipanema - AL
Universidade Federal de Alagoas	Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca - AL
Universidade Federal de Alagoas	Secretaria Municipal de Saúde de Penedo - AL
Universidade Federal de Campina Grande e Universidade Estadual da Paraíba	Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - RS
Universidade Federal de Goiás	Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - GO
Universidade Federal de Goiás	Secretaria Municipal de Saúde de São Luís de Montes Belos - GO
Universidade Federal de Juiz de Fora	Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora - MG
Universidade Federal de Mato Grosso	Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá - MT
Universidade Federal de Mato Grosso	Secretaria Municipal de Saúde de Varzea Grande - MT
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS
Universidade Federal de Minas Gerais	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG
Universidade Federal de Ouro Preto	Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto - MG
Universidade Federal de Ouro Preto	Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria - MG
Universidade Federal de Pelotas	Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas - RS
Universidade Federal de Pernambuco	Secretaria Municipal de Saúde de Recife - PE
Universidade Federal de Roraima	Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista - RR
Universidade Federal de Santa Catarina	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - SC
Universidade Federal de Santa Catarina	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis - SC
Universidade Federal de Santa Maria e Centro Universitário Franciscano	Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria - RS
Universidade Federal de São Carlos	Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos - SP
Universidade Federal de São João del-Rei	Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis - MG
Universidade Federal de Sergipe	Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju - SE
Universidade Federal de Uberlândia	Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia - MG
Universidade Federal de Viçosa	Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa - MG
Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	Secretaria Municipal de Saúde de Macapá - AP
Universidade Federal do Amazonas - UFAM	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - AM
Universidade Federal do Ceará	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - CE
Universidade Federal do Ceará e Universidade Estadual do Vale do Acaraú	Secretaria Municipal de Saúde de Sobral - CE
Universidade Federal do Espírito Santo	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória - ES
Universidade Federal do Maranhão	Secretaria Municipal de Saúde de São Luís - MA
Universidade Federal do Pará	Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua - PA
Universidade Federal do Pará	Secretaria Municipal de Saúde de Belém - PA
Universidade Federal do Paraná	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - PR
Universidade Federal do Rio de Janeiro	Secretaria Municipal de Saúde de Macaé - RJ
Universidade Federal do Rio de Janeiro	Secretaria Municipal de Saúde do Piraí - RJ
Universidade Federal do Rio de Janeiro	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - RJ
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Secretaria Municipal de Saúde de Natal - RN
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - RS
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba - MG
Universidade Federal do Vale do São Francisco	Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina - PE
Universidade Federal do Vale do São Francisco	Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina - PE
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina - MG
Universidade Federal Fluminense	Secretaria Municipal de Saúde de Niterói - RJ
Universidade Regional de Blumenau	Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau - SC
Universidade São Francisco	Secretaria Municipal de Saúde de Bragança Paulista - SP

Ministério das Cidades

SECRETARIA EXECUTIVA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PORTARIA Nº 96, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2010

O DIRETOR DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, no uso das atribuições legais, e considerando o disposto na Resolução nº 282, de 26 de junho de 2008, do Conselho Nacional de Trânsito - CONTRAN, e na Portaria nº 131, de 23 de dezembro de 2008, do Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN, bem como o que consta do Processo Administrativo nº 80000.044488/2009-62, resolve:

Art. 1º Credenciar, em caráter excepcional e precário, pelo prazo de 01 (um) ano, a partir da data de publicação desta Portaria, nos termos do art. 23 da Portaria nº 131, de 23 de dezembro de 2008, do DENATRAN, a pessoa jurídica MOISES PEDRO ROMANO & CIA LTDA - ME, CNPJ - 11.309.997/0001-82, situada no Município de Fartura - SP, na Rua Tiradentes, 68 - Centro, CEP 18.870-000,

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00012010020800034

para atuar como Empresa Credenciada em Vistoria de Veículos - ECV nos Municípios de Fartura, Taguaí, Sarutáia, Tejupe, Itai, Itaporanga, Coronel Macedo, Itaberá, Riversul, Itararé, Pirajó, Timburi, Manduri e Chavantes no Estado de São Paulo.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO PERES DA SILVA

PORTARIA Nº 97, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2010

O DIRETOR DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, no uso das atribuições legais, e considerando o disposto na Resolução nº 282, de 26 de junho de 2008, do Conselho Nacional de Trânsito - CONTRAN, e na Portaria nº 131, de 23 de dezembro de 2008, do Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN, bem como o que consta do Processo Administrativo nº 80000.043955/2009-37, resolve:

Art. 1º Credenciar, em caráter excepcional e precário, pelo prazo de 01 (um) ano, a partir da data de publicação desta Portaria, nos termos do art. 23 da Portaria nº 131, de 23 de dezembro de 2008, do DENATRAN, a pessoa jurídica A.D.V. VISTORIA AUTOMO-

TIVA LTDA, CNPJ - 11.164.922/0001-50, situada no Município de São Paulo - SP, na Av. João Dias, 81 - Santo Amaro, CEP 04.723-000, para atuar como Empresa Credenciada em Vistoria de Veículos - ECV no Município de São Paulo no Estado de São Paulo.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO PERES DA SILVA

PORTARIA Nº 98, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2010

O DIRETOR DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, no uso das atribuições legais, e considerando o disposto na Resolução nº 282, de 26 de junho de 2008, do Conselho Nacional de Trânsito - CONTRAN, e na Portaria nº 131, de 23 de dezembro de 2008, do Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN, bem como o que consta do Processo Administrativo nº 80000.001331/2010-86, resolve:

Art. 1º Credenciar, em caráter excepcional e precário, pelo prazo de 01 (um) ano, a partir da data de publicação desta Portaria, nos termos do art. 23 da Portaria nº 131, de 23 de dezembro de 2008, do DENATRAN, a pessoa jurídica JAW VISTORIA AUTOMOTIVA

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.



PLANEJAMENTO PET-SAÚDE

2010-2011

Objetivo Geral:

Planejar e desenvolver atividades que promovam a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, estimulando a melhoria dos cursos de graduação em saúde, propiciando uma formação acadêmica ampla e de qualidade aos alunos envolvidos direta ou indiretamente com o programa, estimulando a fixação de valores que reforcem a cidadania e a consciência social de todos os participantes.

Objetivos Específicos:

a) Objetivos de ensino:

- desenvolvimento de novas práticas e experiências pedagógicas no âmbito do curso;
- atuação dos bolsistas como agentes multiplicadores, disseminando novas idéias e práticas entre o conjunto dos alunos dos cursos envolvidos e demais cursos da saúde da UCS
- interação dos bolsistas do Programa com o corpo docente e discente da instituição, inclusive em nível de pós-graduação;
- proporcionar aos graduandos aprendizado em projetos terapêuticos interdisciplinares (diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças);
- organizar, gerir e promover cursos, palestras, conferências, simpósios bem como outras atividades de ensino sobre os mais diversos temas na área de Saúde;
- envolvimento dos bolsistas em tarefas e atividades que propiciem o "aprender fazendo";
- contribuição para a formação de professores;
- promover discussão sobre ensino-aprendizagem, reforma universitária, matriz curricular e sua correlação com a necessidade do mercado e do SUS;
- estimular os estudantes de séries mais adiantadas na orientação e monitoria para os das séries anteriores;
- promover ações de integração dos estudantes calouros com a universidade e com o curso, realizando visitas pelo campus, laboratórios e mostrando a sua importância para a formação profissional;
- desenvolvimento de ações coletivas e capacidade de trabalho em grupo, estimulados por meio de dinâmicas, vivências e reflexões;
- promoção de palestras abertas estimulando as discussões sobre temas diversos;
- discussão de temas como cidadania, ética, política, ciência e cultura, assuntos de fundamental importância na formação do profissional, a partir de profissionais qualificados de diferentes áreas do conhecimento;
- maior integração do corpo docente dos cursos com o Projeto Político Pedagógico do curso / PRO SAUDE;
- atender a outros aspectos de ensino, aqui não enumerados, que possam ser de interesse do grupo e da sociedade;

b) Objetivos de pesquisa:

- promover e apoiar, dentro de suas possibilidades, a realização de pesquisas sobre os temas propostos pelo grupo;
- participar em congressos, simpósios, jornadas, conferências e demais atividades afins à área de Saúde que possam elevar a capacidade crítica e de conhecimento dos participantes, com ou sem apresentação de trabalhos com o compromisso que no retorno deverá ser repassado aos demais o que foi apreendido no evento;
- realização de eventos técnico-científicos que tenham como público-alvo estudantes e profissionais da área de Saúde, de forma que haja a integração entre o meio acadêmico e o serviço;
- identificar projetos de pesquisa na Universidade que possam receber alunos do Grupo como colaboradores;
- realizar oficinas de capacitação em pesquisa de forma a contribuir para a formação de pesquisadores;
- organizar um periodico anual (cadernos do NEPESC) com pesquisas em atenção básica e/ou criar uma revista eletrônica para promover a pesquisa realizada por alunos ao nível do Trabalho de Conclusão de Curso e demais graduandos e pós-graduandos

c) Objetivos de extensão:

- conhecer a prevalência de doenças parasitárias, infecciosas e crônicas na população;
- realizar atividades educativas/recreativas nas escolas, universidades, grupos comunitários, asilos, associações comerciais e indústrias para prevenção e controle de doenças;
- identificar grupos de risco segundo parâmetros epidemiológicos de vulnerabilidade, magnitude e transcendência para a vigilância de Saúde;
- conhecer a família como uma unidade de cuidado no contexto da comunidade;
- habilitar o estudante para o desempenho das atividades de educação e de vigilância à Saúde, dentro das especificidades de sua categoria, focalizando suas atribuições e competências na área de Saúde;
- discussão de temas éticos, sócio-políticos, científicos e culturais relevantes para o País e/ou para o exercício profissional;
- desenvolver atividades que promovam o contato dos bolsistas e demais alunos do curso com a realidade social em que o grupo/curso/universidade estejam inseridos, estimulando o desenvolvimento de uma consciência do papel do aluno/curso/universidade perante a sociedade;
- estimular a participação dos alunos do grupo nos projetos de extensão em desenvolvimento e criar novos que atendam prontamente a promoção da Saúde, prevenção de doenças da população local e promova o desenvolvimento da responsabilidade social e da cidadania dos acadêmicos envolvidos.

ATIVIDADES DE PESQUISA

SEMANA CIENTÍFICA / ACADÊMICA

Descrição: Neste evento, há palestras, mini-cursos, apresentações de trabalhos científicos e uma confraternização entre os alunos

Resultados esperados:

- Solidificar as temáticas propostas nas comunidade acadêmica , científica e nos serviços.
- Despertar o espírito científico e crítico dos estudantes da área de Saúde, estimulando a formação de novos pesquisadores.
- Valorizar e incentivar a pesquisa científica e promover a integração e aprimorar o relacionamento entre acadêmicos e os profissionais da área da Saúde.
- Despertar vocação científica e incentivar talentos potenciais entre estudantes de graduação, preceptores e estimular os professores/pesquisadores a engajarem estudantes de graduação em atividade de pesquisa.
- Divulgar os resultados parciais ou finais de pesquisa científica produzidos por alunos de graduação e pós-graduação lato ou stricto sensu, professores, pesquisadores e egressos, na área da Saúde.
- Mostrar a importância da pesquisa científica na carreira estudantil e profissional.
- Promover a interdisciplinaridade, interprofissionalidade e interinstitucionalidade.

OFICINAS PERMANENTES DE FORMAÇÃO CIENTÍFICA

- Curso básico de pesquisa científica
- Oficinas sobre ferramentas de pesquisa clínica

REVISTA ELETRÔNICA e CADERNOS DO NEPESC

Descrição: A elaboração e manutenção da Revista Eletrônica e dos cadernos de atenção básica ficarão sob responsabilidade dos participantes do grupo.

Resultados esperados:

- Democratização de acesso ao saber científico, já que a revista será disponibilizada gratuitamente.
- Rápida difusão dos conhecimentos científicos, visto que a Internet é um agente dinâmico, multiplicador e eficaz na troca de informações e obtenção de conhecimentos.
- Contribuição para a elevação da qualidade da formação científica dos alunos de graduação.
- Incentivar a publicação científica nos alunos de graduação, visto que o futuro pesquisador além de executar o projeto de pesquisa também tem que saber consolidar e apresentar os resultados científicos.

PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS E PROJETOS DE PESQUISA

Todos os participantes do PET deverão estar inseridos em grupos e projetos de pesquisa.

1. Perfil sócio-demográfico e sobrecarga do cuidador familiar de idosos

A literatura sinaliza que o estresse do cuidador é um dos fatores que contribui para a violência contra idosos. O estresse crônico associado ao cuidar traz conseqüências para a saúde mental do cuidador como fadiga, depressão, ansiedade, consumo de drogas e/ou álcool, insônia, dores de cabeça e desinvestimento afetivo na tarefa do cuidado. A maioria dos idosos (80%) possui doenças crônicas, freqüentes nessa fase da vida e muitos deles dependem do cuidado de outras pessoas demandando uma carga excessiva de trabalho ao cuidador, seja este familiar ou profissional. Portanto, uma das dimensões a ser levada em consideração na qualidade de vida do idoso é a qualidade do cuidado dispensado, o que nos remete à questão: quem é o cuidador? Este estudo se propõe a contribuir para a compreensão de quem é este cuidador a partir de suas características sócio-

demográficas e de sua saúde mental. Trata-se de um estudo que será desenvolvido com os cuidadores de idosos que possuam vínculo de parentesco com os mesmos no município de Caxias do Sul. Serão aplicados questionários sendo um com questões referentes a variáveis sócio-demográficas e tipos de cuidados prestados aos idosos e outro um instrumento de avaliação de sobrecarga de cuidadores de Zarit, validado no Brasil. A análise dos dados será feita a partir da proposta metodológica da análise de conteúdo definida por Bardin (1977, p. 42). Como se trata de dados qualitativos, estes serão trabalhados através do software QSR NVIVO. Os resultados servirão de subsídios para o desenvolvimento de políticas de ação intersectoriais visando à qualificação do atendimento ao idoso no enfrentamento das diferentes expressões do envelhecimento e a melhoria da qualidade de vida do cuidador.

Parcerias: PUCRS, Faculdade de Serviço Social, PPG-Serviço Social, NEPEVI

2 Impacto do dispositivo Dose Certa na adesão à terapêutica farmacológico em pacientes hipertensos e/ou diabéticos: ensaio clínico randomizado.

A adesão ao tratamento farmacológico é um grande problema enfrentado por paciente e terapeutas no âmbito da atenção básica em saúde. Diversas intervenções vêm sendo consideradas efetivas na melhora da adesão, como acompanhamento multiprofissional, retornos frequentes a consultas e atividades educativas em saúde. Porém, até o momento não se dispõe de evidências científicas que suportem e indiquem o uso destes dispositivos. A secretaria municipal de saúde de Caxias do Sul, está implantando um dispositivo para fornecimento de medicamentos a pacientes cadastrados no hiperdia associado a intervenção educativa denominado "Dose Certa". O objetivo deste estudo é avaliar o impacto do dispositivo Dose Certa, implantado nas UBSs de Caxias do Sul, em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Se trata de um ensaio clínico randomizado que será realizado em 8 UBSs com estratégia de Saúde da Família na cidade de Caxias do Sul. Os participantes serão randomizados em dois grupos: de intervenção e de controle. A amostra foi calculada para uma diferença de 10% nos níveis de adesão em um período de 6 meses com confiança de 95%. Foi assumida uma prevalência de não adesão de 50% no grupo controle. Foram utilizados alfa de 0,05 e poder de 80% chegando a um quantitativo de 400 participantes por grupo. O desfecho primário será o nível de adesão dos participantes avaliados por uma medida combinada do Questionário de Morisky e contagem de comprimidos. Serão realizadas seis avaliações nos participantes e o questionário de adesão será aplicado na primeira e sexta avaliações. Ao final do estudo espera-se obter uma melhora mínima de 10% nas taxas de adesão e redução dos níveis de pressão arterial e glicemia.

Parcerias: UCS, SMS, Instituto do Coração - POA

3-Inovação na Atenção Básica à Saúde de Caxias do Sul-RS

Avaliação de indicadores e impacto do PSF na atenção básica do município

Atualmente é reconhecido o caráter sistêmico que envolve a geração de inovações de produtos, de processos, organizacionais e de marketing na área da saúde. Essa área alia grande possibilidade e necessidade de inovação e de novas formas de organização dos serviços, com uma forte dimensão social, que requer a mobilização de um amplo aparato regulatório e institucional. A inovação é vista como um processo de mudança, na qual produtos ou processos novos ou significativamente melhorados substituem os até então existentes. A inovação no Sistema de Saúde é ainda pouco explorada, tanto na área acadêmica quanto pelos governos e pelas organizações. Uma investigação mais detalhada da natureza das interações ocorridas no Setor da Saúde à luz da teoria da inovação e dos sistemas de inovação, permitirá a identificação das interações que ocorrem no SSCS e

se estas interações são suficientes para caracterizá-lo como um SLIS, contribuindo para a otimização dos recursos disponíveis e para a promoção do bem-estar da comunidade atendida pelo SSCS. Considerando que a Atenção Básica em Saúde contempla um conjunto de ações que abrangem o processo de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, e, também, que a inovação é a força motriz para o desenvolvimento de intervenções, esse estudo pretende identificar a ocorrência de inovações e fatores que influenciam o processo da inovação em 41 Unidades Básicas de Saúde do município de Caxias do Sul, por meio de uma metodologia de estudo de caso, de caráter exploratório, com abordagem multimétodo: análise documental; entrevistas semi-estruturadas; oficinas locais regionais e análise de dados secundários, de forma a contribuir para o seu desempenho, considerando os fundamentos e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. Os resultados podem ser utilizados de forma a alcançar a excelência na implementação dos fundamentos de atenção básica e dos princípios do SUS.

Parcerias: Programa de Pós Graduação em Administração

4. Causas e fatores Associados à Natimortalidade no Município de Caxias do Sul – RS: um estudo de base populacional.

O objetivo da pesquisa é avaliar o perfil epidemiológico dos casos de natimortalidade ocorridos em um município de médio porte da região Sul do Brasil no período de 24 meses, traçando uma análise comparativa segundo o tipo de assistência prestada (através do Sistema Único de Saúde ou Saúde Suplementar) com vistas a identificar possíveis fatores associados à sua ocorrência, bem como as causas de óbito. Se trata de um estudo transversal, prospectivo e de base populacional. Serão estudados todos os casos de natimortalidade ocorridos entre mulheres residentes no município de Caxias do Sul, RS, no período de 24 meses (01 de janeiro de 2010 à 31 de dezembro de 2011) estimando-se ocorrer cerca de 90 a 100 casos. Serão revisadas todas as investigações dos casos de natimortalidade ocorridos em Caxias do Sul e realizadas de forma sistemática pelo Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde deste município. O formulário de coleta de será baseado na Ficha de Investigação do Óbito fetal proposta pelo Ministério da Saúde. Os dados obtidos serão digitados e analisados eletronicamente através do pacote estatístico SPSS (versão 12). Serão utilizados os métodos estatísticos que se ajustarem a distribuição e natureza das variáveis. Inicialmente serão descritas as frequências simples, médias, medianas e desvios-padrão. Em todas as análises será aceito um nível de significância de 5%. Espera-se que os achados do presente estudo subsidiem futuras políticas públicas de saúde, sejam estas no âmbito do SUS, como da saúde suplementar, com vistas à qualificação da assistência materna e perinatal no município de Caxias do Sul e, se possível, outras localidades e regiões do Brasil, estimulando o reconhecimento da importância da investigação sistemática dos casos de natimortalidade paralelamente à investigação dos casos de mortalidade infantil pela enorme quantidade de informações valiosas que disponibiliza para a avaliação e programação em saúde.

Parcerias: UCS/SMS e FAPERGS

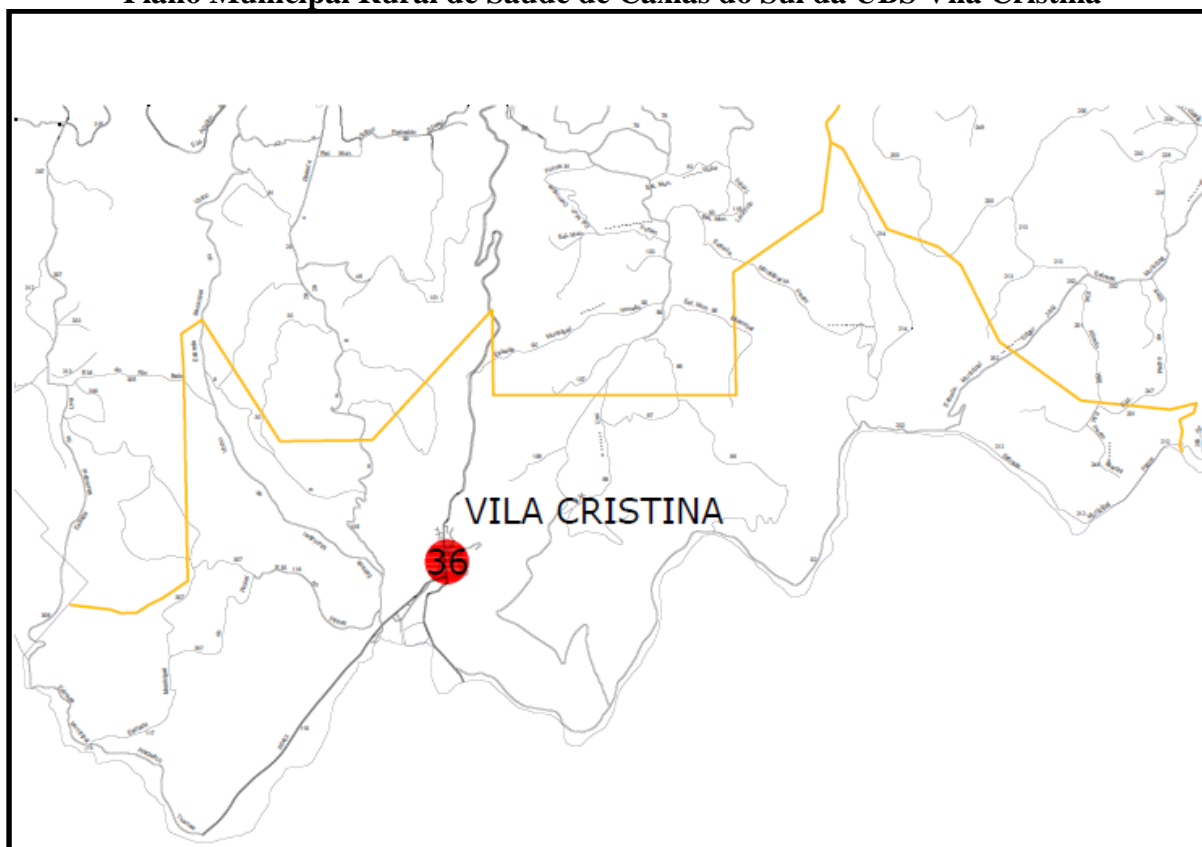
ANEXO IV – PLANO MUNICIPAL RURAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL

Plano Municipal Rural de Saúde de Caxias do Sul da UBS Criúva



Plano Municipal Rural de Saúde de Caxias do Sul da UBS Fazenda Souza



Plano Municipal Rural de Saúde de Caxias do Sul da UBS Santa Lúcia do Piaí**Plano Municipal Rural de Saúde de Caxias do Sul da UBS Vila Cristina**

Plano Municipal Rural de Saúde de Caxias do Sul da UBS Vila Oliva

Plano Municipal Rural de Saúde de Caxias do Sul da UBS Vila Seca



**ANEXO V – RELAÇÃO NACIONAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE
(RENASES/2012)**

RENASES

**RELAÇÃO NACIONAL DE AÇÕES E
SERVIÇOS DE SAÚDE**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
1ª VERSÃO - 2012