

## Características envolvidas no processo de inovação em serviços públicos de saúde

Characteristics involved in the innovation process of public health services

Fecha de recepción: 09 de febrero de 2017

Fecha de aceptación: 22 de mayo de 2018

*Cristine Hermann Nodari\**

*Isabel Cristina Rosas Barros Rasia\*\**

*António Jorge Fernandes\*\*\**

*Alipio Ramos Veiga-Neto\*\*\*\**

### RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a instância responsável pelo ordenamento e pela coordenação do cuidado em sistemas de saúde de diferentes países. Esta pesquisa teve por objetivo identificar e analisar as características envolvidas no processo de inovação em serviços públicos da APS por meio de análise documental a partir de unidades temáticas de: tecnologia, estrutura, governo, profissionais e clientes/usuários. Os achados apresentaram o elemento governo desempenhando uma importante atuação nos processos de inovação desencadeados, fomentando o mercado com investimentos e recursos à saúde e atuando como comprador dos serviços dos prestadores. No entanto, ele não é destacado na literatura como condição essencial para que a inovação ocorra. Ressaltam-se, a gestão eficaz, novas tecnologias diagnósticas e novas competências como elementos importantes para que as inovações em serviços públicos de saúde ocorram, especificamente neste contexto da APS. Por fim, destacaram-se as limitações e oportunidades de trabalhos futuros incitando uma perspectiva crítica-reflexiva sobre a necessidade de uma abordagem integradora a partir das unidades temáticas destacadas.

**PALAVRAS CHAVE:** Serviços públicos, Inovação, Saúde, Atenção primária à saúde, Processos.

### ABSTRACT

Primary Care (PC) is considered responsible for the organization and coordination of care in health systems in different countries. This research aimed to identify and analyze the characteristics involved in the process of

\* Universidade Feevale, Brasil. Correo-e de contacto: cristinenodari@feevale.br

\*\* Universidade Federal de Pelotas, Brasil.

\*\*\* Universidade de Aveiro, Portugal.

\*\*\*\* Universidade Potiguar, Brasil.

innovation in public services of PC, through documentary analysis of thematic units of: technology, structure, government, professionals and customers / users. The findings presented the government element playing an important role in innovation processes, promoting the market with investments and health resources and acting as purchaser of the services of the providers. However, it is not highlighted in the literature as an essential condition for innovation to occur. Efficient management, new diagnostic technologies and new competencies stand out as important elements for innovations in public health services, specifically in the context of PC. Finally, the limitations and opportunities for future work were highlighted, encouraging a critical-reflective perspective on the need for an integrative approach based on the thematic units highlighted.

**KEY WORDS:** Public services, Innovation, Health, Primary care, Processes.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) atua como um núcleo organizador e integrador de serviços de rede de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Porém, sua implantação e coordenação têm sido desenvolvidas de forma gradativa e permanente, com diversas discussões sobre sua organização e operacionalização. Para avaliação da qualidade de orientação do serviço de saúde para APS, Starfield (2002) propôs quatro atributos essenciais para a APS: primeiro contato (acesso da população), longitudinalidade, integralidade e coordenação. E, três atributos derivados, a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural. Na literatura internacional e nacional, existem evidências que dão sustentação a importância da APS nos sistemas de atenção à saúde (Starfield *et al.*, 2005, Yarnall *et al.*, 2003, Chreim *et al.*, 2010; Waterman *et al.*, 2007; Castro e Machado, 2010, Macinko e Almeida, 2004). O próprio aperfeiçoamento da APS vem sendo discutido e alertado por documentos da Organização Mundial de Saúde que direcionam para as reformas de processo e estrutura.

Não obstante, estudos que se propõem a analisar a APS, deparam – 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 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, Nyong'o *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.

Conforme destaca Giovanella e Almeida (2017) apesar de perceberem-se avanços referentes a APS como uma estratégia efetiva de resposta às mudanças de perfis de morbimortalidade que muitos países enfrentam, ainda, existem contradições de esfera econômica, social e política que refletem em dificuldades nos avanços de responsabilização que a APS assume como articuladora nos níveis de complexidade de atenção à saúde. Logo, o princípio de integralidade previsto a partir da Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários em saúde ainda encontra

dificuldades, delegando o processo e organização da APS em uma concepção primitiva, da medicina para pobres, conforme destacado por Testa (1992) condicionado à saúde pública.

As inovações em serviços públicos de saúde promovem o aumento no estado de saúde da população com redução de morbimortalidade. Conforme Köch 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.

Desta forma, surge a dimensão da inovação, ou seja, a introdução de algo novo ou significativamente melhorado para organização ou para a sociedade. Entende-se que 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 para o desenvolvimento econômico, e, conseqüentemente o desenvolvimento social. Assim, sob o aspecto da análise dos conceitos de inovação e suas características, de origem tecnológica torna-se necessário expor evidências da análise em relação a serviços, saúde e contexto público. De acordo com o Manual de Oslo (OCDE, 2005) que foi desenvolvido, conjuntamente, pela European Statistics, a inovação pode ocorrer em qualquer setor da economia, incluindo serviços governamentais, como saúde e educação.

Compreende-se por processos de inovação as atividades recursivas que estão relacionadas ao contínuo de geração e seleção de ideias, desenvolvimento e implementação das ideias

selecionadas na obtenção e sustentação dos resultados (Nodari *et al.*, 2015). Assim, 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 diferentes reformas sanitárias, ou seja, universal e inclusivo, surge a necessidade de compreender: quais as principais características envolvidas em processos de inovação nos serviços públicos de saúde, particularmente, no contexto da APS?

Assim, o objetivo desta pesquisa foi de identificar e analisar as características envolvidas no processo de inovação no serviço público de saúde da APS. Sob um aspecto motivacional, de procurar uma aproximação entre os temas propostos pode-se contribuir no âmbito científico com informações acerca da inovação, dos elementos preponderantes neste processo e como ela emerge, e, se desenvolve na APS. Em nível organizacional, pode-se 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 à população.

### **SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: 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).

Com o movimento sanitário, no Brasil, 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 sistema único de saúde (SUS), principalmente de universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular (Brasil, 2006).

Mendes (1993) afirma que a APS 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 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. 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 APS, 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) promoveram 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 APS em relação aos que apresentam fraca APS em termos de resultados sanitários, custos, equidade e satisfação

dos pacientes. 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. 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). Os sistemas de saúde nos países de baixa renda com forte APS tendem a ser mais equitativos e mais acessíveis (Whitlock *et al.*, 2002; Exter *et al.*, 2004).

No início do século XXI, conforme destaca Giovanella e Almeida (2017) com o movimento de processos de redemocratização de governos de centro, esquerda e mesmo centro-esquerda na América Latina, pode-se perceber as tentativas de resgate aos princípios da Declaração de Alma-Ata direcionados para proteção social no âmbito da integralidade à saúde.

Entretanto, percebem-se dificuldades em sistemas universais de saúde como a restrição financeira, sistemas com cobertura estratificada e focalizada e novos enfoques multiculturais em saúde. Ou seja, para desenvolvimento da inclusão social por meio da saúde (pilar essencial no processo de ações públicas), torna-se premente a ênfase em programas de transferência de renda acompanhados por ampliação de acesso a serviços públicos de qualidade. Dessa forma, não se tem observado um contexto onde a base da cidadania faz-se pelo acesso universal e incondicional a serviços públicos (des) mercantilizados. Pelo contrário, observa-se um esforço em direcionar um consumo individualizado de bens (conforme capacidade de pagamento), e, não na provisão

de serviços públicos como o da saúde, cuja universalização demanda recursos crescentes, resultando, assim, na ampliação do mercado privado nesses setores (Lavinias, 2014).

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 Programa de Saúde da Família (PSF), que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. Cabe, portanto, aos municípios brasileiros organizar, estruturar e gerir a APS. Entretanto como já explicitado, anteriormente, e tomando por exemplo do que ocorre em sistemas de saúde de países, principalmente da América Latina, o SUS se apresenta com fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras e desarticulação entre os serviços de saúde (Lavras, 2011), não somente no nível de complexidade de atenção, mas nas esferas governamentais - federal, estadual e municipal.

Apesar deste contexto, no decorrer dos últimos três anos, a APS tem recebido vigilância quanto à normatização legal de suas funções. A Política Nacional de Atenção Básica no Brasil destaca que a APS se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. E que ainda, a APS: “Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território” (Brasil, 2011: 4).

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. Neste âmbito ressaltam-se três documentos. 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 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.

O terceiro documento, publicado em 2011, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Representação Brasil (Mendes, 2011), se refere à preocupação com a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com o foco de acesso pela APS, destacando seu papel fundamental no contexto de saúde, a partir da consolidação dos mecanismos da ESF. Mendes (2011) 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, 2005).

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 de ações identificada como a porta de entrada do sistema atuem nos fluxos de referência e contra referência da população.

No cenário brasileiro, conforme ressalta Conass (2011), 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) e Giovanella e Almeida (2017) 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.

## PROCESSO DE INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS

Numa Era destacada pelo conhecimento o processo de globalização vem sendo exaustivamente debatido associando-se a formas de polarização e exclusão. As novas tecnologias permitiram o avanço em diferentes contextos, possibilitando reduções drásticas de custo e aumento de eficácia principalmente, nos meios de comunicação e transporte. De acordo com Steger (2009) a globalização é um processo desigual, o que significa que pessoas são afetadas por esta transformação de formas diferentes de acordo com suas estruturas sociais e zonas culturais em que vivem. O termo globalização se aplica a um conjunto de processos sociais que aparecem para transformar a nacionalidade em uma globalidade.

Assim, a inferência da Era do Conhecimento no transcorrer deste processo permite a identificação de pontos de exclusão e de polarização, também, no contexto brasileiro. A aceleração das chamadas “evoluções”, como as tecnologias de informação e conhecimento, apesar de beneficiarem -em tese- as sociedades que venham a desfrutar destas descobertas, também acabam por alargar os abismos relativos a desigualdade social entre países.

O entendimento acerca da globalização e aspectos relacionados a saúde envolve diferentes atores, não somente sociais, mas também naturais. Portanto, alterações nesse sistema de conhecimento instaurado contém perspectivas importantes acerca do modo de lidar com condições ambientais e sociais específicas.

Assim, a promoção do bem-estar delimitado, nesta pesquisa, pela saúde, assume um papel vital nos processos de transformação social. Tomando por base a análise de fatores globais e como estes podem afetar resultados locais diversos pressupõem-se que compreendendo as características envolvidas em um processo de inovação pode-se gerar subsídios para gestão de relações e interações melhor estruturadas em serviços públicos de saúde.

Do ponto de vista da análise dos processos de inovação, o conjunto das características distintivas entre um produto e um serviço configura tanto desafios quanto oportunidades para os gestores em qualquer segmento. 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, 1994).

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; Van Der Aa e Elfring, 2002).

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 considerar-se as especificidades inerentes ao serviço, torna-se necessário lembrar, 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 (Miles, 2005).

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 (Köch e Hauknes, 2005; Hartley, 2005).

Assim, a produção em serviços pode ser determinada por forças impulsionadoras internas e externas em relação ao seu ambiente, conforme figura 1, Sundbo e Gallouj (1998a) determinam que os impulsionadores externos sejam divididos em trajetórias e agentes.

Figura 1  
FORÇAS IMPULSIONADORAS DO PROCESSO DE INOVAÇÃO EM SERVIÇOS



Fonte: Adaptado de Sundbo e Gallouj (1998a).



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.

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 a partir de diferentes agentes envolvidos.

## DESENHO DA PESQUISA

A partir da análise documental que se torna possível analisar a disseminação da informação, pelo impacto das publicações. A base investigatória dessa pesquisa foi operacionalizada no período de julho de 2014 a agosto de 2016, por meio do metabuscador *Scopus*. Assim, segundo Ginexi e Hilton (2006) procurou-se assegurar a qualidade da contribuição científica por meio de artigos de maior impacto na ciência a longo prazo, bem como, a avaliação das revistas por meio de índices de impacto, por meio 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.

Na identificação dos termos a serem utilizados na pesquisa, buscou-se a identificação sob a metodologia de classificação do setor de serviços definida pela *Standard Industrial Classification*, sob responsabilidade da Organização das Nações Unidas (ONU). Assim, identificou-se palavras-chave condizentes com o problema de pesquisa, ou seja, APS, serviços e inovação. Assim, como critério de inclusão, definiram-se as expressões de busca, documentos que trouxessem a associação das seguintes palavras, utilizando mais de um campo para análise: *Primary Care* ou *Primary Health Care* e *Innovation in service* ou *Innovation in services*. Outro critério de inclusão foi a escolha da área de interesse, que compreendeu as ciências sociais - *Social Sciences and Humanities*, a fim de situar evidências particulares de análise desse campo.

Após essa etapa, submeteu-se a leitura de todos os resumos, que consolidaram-se em 102 documentos, utilizando-se como critérios de inclusão, os artigos que possuíam pelo menos uma citação e que apresentassem em sua estrutura recorrência às unidades temáticas que estão relacionadas aos conceitos multidimensionais envolvidos no processo da inovação em serviços de saúde, com o intuito de padronizar a amostra: a) tecnologia; b) estrutura; c) profissionais; d) governo; e) clientes/usuários. Assim, como resultado final obteve-se uma análise de 50 artigos.

Os estudos evidenciados, apresentam em certa medida, a dificuldade em distinguir a dicotomia de inovação de produto e processo. Os argumentos envolvidos neste campo de pesquisa relacionados com a noção que uma delimitação clara entre o produto e as partes do processo de um serviço é quase impossível (Den Hertog *et al.*,

2010; Gallouj e Savona, 2009), devido ao fato de o serviço não ser um artefato, mas um processo que se desenvolve ao longo do tempo (Gallouj, 2002a) e por essa razão, evidenciado nesta pesquisa por processos de inovação. Além disso, conforme explicitado previamente, utilizou-se termos de busca de APS, entretanto, observou-se na amostra final de artigos particularidades específicas de alguns países, em relação ao gerenciamento dos níveis de complexidade e ações da APS. Como exemplo alguns procedimentos cirúrgicos delegados muitas vezes a um nível secundário de atenção passam a serem contemplados em nível primário, ou seja, nessa porta de entrada dos pacientes em um sistema de saúde. Isso deve-se em parte a legislação e contemplação de produtos e/ou serviços ofertados conforme as diretrizes de cada país, inclusive no Brasil, onde são realizadas intervenções cirúrgicas de pequeno porte no ambiente da APS (Nodari *et al.*, 2015).

A interpretação e discussão dos resultados por meio das unidades temáticas elencadas foram expostas a seguir.

## TECNOLOGIA

Mudanças na disponibilidade de novas tecnologias e a contribuição de mudança tecnológica podem ter importantes implicações para o sistema de saúde, pois se acredita que a maior parte do crescimento dos custos de cuidados de saúde ao longo dos últimos anos é devido a mudança tecnológica (Shi, 2012). Essa constatação pode ser desenvolvida em quinze artigos da amostra (Greenhalgh *et al.*, 2004; Starfield *et al.*, 2005; Bodenheimer, 2006; Shields *et al.*, 2007; Atun *et al.*, 2006; Ballard, 2003; Atun *et al.*, 2007; Gladwin *et al.*, 2001; Waterman *et al.*, 2007; Grigsby, 2002; Warne *et al.*, 2007; Barnett *et al.*, 2011; Blenkinsopp *et al.*, 2008;

Luck e Peabody, 2002; Retchin *et al.*, 2001). A rápida mudança tecnológica também melhorou significativamente a capacidade da medicina para tratar a doença e, conseqüentemente, substancialmente melhoraram o bem-estar do paciente (Bodenheimer, 2006; Ballard, 2003; Luck e Peabody, 2002; Retchin *et al.*, 2001).

As inovações tecnológicas são de grande importância na assistência médica (Shields *et al.*, 2007; Waterman *et al.*, 2007; Grigsby, 2002) e, o ritmo acelerado da mudança nas inovações tecnológicas na medicina é inegável, amparados pela pesquisa e desenvolvimento (P&D) como suporte e fomentador de seus avanços (Warne *et al.*, 2007; Blenkinsopp *et al.*, 2008). Entretanto, a aplicação de tecnologia de informação e comunicação constitui um traço distintivo para a inovação nesse setor (Gallouj e Weinstein, 1997; Drejer, 2004; Hipp e Grupp, 2005). Porém, conforme Sundbo e Gallouj (1998b) 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, etc.

As inovações referem-se à introdução de medicamentos, dispositivos e procedimentos médicos e cirúrgicos utilizados nos cuidados médicos, nas organizações e sistemas de apoio, dentro do qual tal cuidado é entregue (Greenhalgh *et al.*, 2004; Smith, 2006; Ballard, 2003). O progresso tecnológico como um dos principais motores da saúde eleva os custos do cuidado ao mesmo tempo em que proporciona uma maior eficácia no cuidado e prevenção de doenças, reiterando o papel do governo como fomentador

de pesquisas e incentivos (Greenhalgh *et al.*, 2004; Starfield *et al.*, 2005; Ballard, 2003; Gladwin *et al.*, 2001; Waterman *et al.*, 2007).

A capacidade de inovação em modelo de serviços de provedores de inovação tecnológica, incluem as inovações feitas nas tecnologias, metodologias e procedimentos formais para a criação e entrega de um serviço. Essas inovações podem ser radicais ou incrementais (Gallouj e Weinstein, 1997). Um exemplo no campo da saúde é a incorporação de uma nova tecnologia diagnóstica, a ressonância, que, até a sua chegada aos centros de tratamento, nem mesmo médicos e pacientes sabiam da sua ajuda diagnóstica, a sua demanda ainda não existia, e hoje é uma ferramenta de suma importância, com clínicas especializadas oferecendo este serviço (Barnett *et al.*, 2011; Blenkinsopp *et al.*, 2008). Nos serviços de saúde, as inovações incrementais podem ser descritas como mudanças em processos organizacionais, melhorias no cuidado ofertado aos pacientes, pequenas mudanças tecnológicas, que melhoram a qualidade da assistência no âmbito da APS (Greenhalgh *et al.*, 2004; Starfield *et al.*, 2005).

## ESTRUTURA

Existem evidências que uma organização irá assimilar e gerar inovações em serviços mais facilmente se tem uma estrutura adequada para isso, normalmente, madura, funcionalmente diferenciada, especializada, com foco no profissional, com recursos para canalizar ideias em novos projetos, com estrutura de tomada de decisão descentralizada e uma comunicação bem estruturada. Assim, foram vinte artigos que consolidaram essa perspectiva no contexto da APS (Greenhalgh *et al.*, 2004; Yarnall *et al.*, 2003; Whitlock *et al.*, 2002; Fleuren *et al.*, 2004;

Rohrbach *et al.*, 2006; Cohen *et al.*, 2004; Liu *et al.*, 2001; Atun *et al.*, 2006; Nyongator *et al.*, 2005; Ford *et al.*, 2004; Faulkner *et al.*, 2003; Armstrong *et al.*, 2005; Chreim *et al.*, 2010; Balabanova e Mckee, 2002; Michener *et al.*, 2005; Hamilton *et al.*, 2002; Wakerman e Humphreys, 2011; Mitton *et al.*, 2011; Iliffe, 2002; Retchin *et al.*, 2001).

Um uso importante do conhecimento nas organizações de saúde é a aplicação de pesquisas baseadas em evidências para a eficácia estrutural em saúde, normalmente em testes de diagnóstico, medicamentos, procedimentos cirúrgicos, dentre outros, modificando sua prática em conformidade (Liu *et al.*, 2001; Balabanova e Mckee, 2002; Hamilton *et al.*, 2002; Mitton *et al.*, 2011). A disseminação do conhecimento depende da sua circulação em redes interpessoais que vai se espalhar somente se estas características sociais são levadas em conta e as barreiras são superadas (Hamilton *et al.*, 2002; Mitton *et al.*, 2011; Iliffe, 2002). Uma inovação que se encaixa com os valores, normas, estratégias, metas, combinação de competências, apoio a tecnologias na organização e formas de trabalho, são mais facilmente assimiladas e implementadas (Yarnall *et al.*, 2003; Rohrbach *et al.*, 2006).

## PROFISSIONAIS

Um dos principais obstáculos para inovação de serviços é a falta de capacidade de gestão suficiente para induzir e realizar os processos de inovação nos serviços das organizações; é a falta de um sistema de aprendizagem através do qual a experiência em, por assim dizer, empresas individuais, que poderiam ser transmitidas a outras empresas para que elas pudessem aprender com que já foi experimentado e aprendido. Nessa perspectiva, catorze artigos da amostra apresentam que as pessoas não são receptores passivos de inovações

(Greenhalgh *et al.*, 2004; Goddard e Smith, 2001; Grumbach e Bodenheimer, 2004; Atun *et al.*, 2006; Nyongator *et al.*, 2005; Pecukonis *et al.*, 2003; Parfitt e Cornish, 2007; Charles-Jones *et al.*, 2003; Anthony, 2003; Wakerman e Humphreys, 2011; Warne *et al.*, 2007; Chang *et al.*, 2007; Roblin *et al.*, 2003; Lockett *et al.*, 2012). Diferentes pessoas em níveis de igual forma no âmbito das diversas organizações, buscam inovações. A experiência acumulada nas atividades os ajuda a avaliar os significados para si mesmos, devolvendo sentimentos, positivos ou negativos sobre eles, desafiando-os a buscar soluções diferentes para atender às tarefas específicas e tentar melhorar ou (re) projetá-las, muitas vezes, por meio do diálogo com outros usuários.

A decisão por um indivíduo dentro de uma organização a adotar uma inovação em particular raramente é independente da decisão do outro. A adoção de inovações por indivíduos é fortemente influenciada pela estrutura e qualidade de sua rede social (Pecukonis *et al.*, 2003; Anthony, 2003; Roblin *et al.*, 2003; Rogers, 1962) refletindo na cultura e no ambiente da APS.

Diferentes grupos têm tipos diferentes de redes sociais. Os médicos, por exemplo, tendem a operar em redes informais horizontais, e os enfermeiros têm mais frequentemente redes formais verticais, diferentes tipos de influência, redes horizontais são mais eficazes para espalhar a influência dos pares e para apoiar a construção e o reenquadramento de significado; redes verticais são mais eficazes para informações em cascada codificada e o repasse de decisões autorizadas (Thomas *et al.*, 2006; Chang *et al.*, 2007).

Uma organização é mais propensa a adotar uma inovação se as pessoas que têm laços sociais significativos, tanto dentro e fora da organização, são capazes e estão dispostas a ligar

a organização com o mundo exterior em relação a esta inovação particular. Os indivíduos têm um papel fundamental na captação das ideias e no seu processo de implementação (Goddard e Smith, 2001; Thomas *et al.*, 2006).

A formação e a educação são fatores-chave que influenciam o processo de inovação organizacional (Gallouj, 2002a, 2002b). O treinamento pode criar um clima positivo e de atitude por crescente familiaridade e competência técnica. O treinamento leva a mais especialização que, por sua vez, pode levar a um conhecimento de base mais aprofundado, estimulando a troca de ideias e promovendo a inovação. Também pode levar a um profissionalismo, a realização de atividades de maior abrangência e abertura a novos métodos e formas de fazer as coisas (Pecukonis *et al.*, 2003; Grumbach e Bodenheimer, 2004; Parfitt e Cornish, 2007; Charles-Jones *et al.*, 2003).

Neste sentido, as integrações de conhecimentos especializados através de indivíduos estão associadas com o desenvolvimento de competências organizacionais e rotinas no âmbito da APS (Grumbach e Bodenheimer, 2004; Atun *et al.*, 2006). Essas competências de conhecimento e desempenho reforçam as atividades do negócio em que a organização é particularmente hábil (Lockett *et al.*, 2012).

## GOVERNO

O conceito da Organização Mundial da Saúde, divulgado na carta de princípios de abril de 1948, 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. Neste sentido, o Estado desempenha dois

papéis essenciais: a) como mercado potencial e gerador de requisitos para as soluções inovadoras desenvolvidas pelas empresas; b) como gerador de novas condições de mercado a partir do estabelecimento de novos requisitos e parâmetros para as soluções inovadoras adquiridas das empresas desenvolvedoras. Nos artigos analisados doze apresentam um governo que deixa de cumprir somente a função reguladora e passa a desempenhar funções de consumidor, assumindo, na maioria das economias, o papel de maior comprador de bens e serviços (Greenhalgh *et al.*, 2004; Campbell *et al.*, 2007; Light, 2001; Ginexi e Hilton, 2006; Atun *et al.*, 2006; Mcintyre e Klugman, 2003; Atun *et al.*, 2007; Bedregal e Ferlie, 2001; Wakerman e Humphreys, 2011; Meads *et al.*, 2005; Stanton, 2001; Lockett *et al.*, 2012). As decisões de compra do governo impactam, portanto, não apenas os produtos e serviços adquiridos, mas também em seus fornecedores. As compras públicas deixam de ser vistas como uma função de suporte e assumem a condição de atividade estratégica na transferência de conhecimento.

Importante salientar, que em pesquisas prévias realizadas em setores de educação e saúde (Köch e Hauknes, 2005, Hartley, 2005) ressaltam que os estudos sobre inovação em serviços tendem a abstrair o funcionamento e impacto do governo na análise. As políticas públicas devem assegurar a capacidade de distribuição de inovação nos mais amplos sistemas (Light, 2001; Ginexi e Hilton, 2006). Garantir a interação flexível do sistema distribuído de produtores de conhecimento com o sistema público de universidades e outras instituições científicas, instituições de ensino superior e assim por diante, para permitir divisões adequadas de trabalho e incentivos de P&D é uma questão importante para fomentar a inovação

(Bedregal e Ferlie, 2001; Sundbo e Gallouj, 1998a; Lockett *et al.*, 2012).

## CLIENTES/USUÁRIOS

A participação do cliente/usuário, em diferentes formas, na produção do serviço pode ser a característica mais básica das atividades de serviços, especialmente, os intensivos em conhecimento como a saúde (Sundbo e Gallouj, 1998a, 1998b). Além disso, diferentes funções de co-criação, como usuário, pagador e comprador também devem ser considerados (Gallouj, 2002a, 2002b). Isto se aplica tanto para clientes/usuários individuais e organizacionais, e, dependendo do contexto, a mesma pessoa pode executar as três funções: consumidor, comprador e devedor. Nos serviços de saúde o usuário interage a todo o momento em que o serviço lhe é prestado, solicitando alterações no processo de cuidado. Diferentemente de outras áreas, na saúde, o paciente ou seu médico podem mudar o serviço que foi comprado, ou solicitar alterações de cuidado, o paciente neste contexto pode negar-se a recebê-lo, mesmo que a organização já tenha recebido por este serviço. Dos artigos analisados oito artigos exploram essas variações (Greenhalgh *et al.*, 2004; Rohrbach *et al.*, 2006; Atun *et al.*, 2006; Nyonator *et al.*, 2005; Otani *et al.*, 2003; Pecukonis *et al.*, 2003; Anthony, 2003; Thomas *et al.*, 2006).

Há um espaço para os clientes/usuários no processo de serviço, a fronteira entre a atividade do produtor e a de cliente é flexível. Esta flexibilidade oferece a oportunidade para novos arranjos organizacionais (Atun *et al.*, 2006; Otani *et al.*, 2003 Pecukonis *et al.*, 2003). Em muitos casos, essas realocações implicam em uma redefinição da relação e os papéis desempenhados pelos diversos atores, o que muitas vezes envolve

uma sistemática pesquisa de envolvimento de clientes/usuários no processo de produção de serviço.

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).

O envolvimento sistemático do cliente no sistema de prestação de serviços requer mudanças nos conceitos fundamentais e das ligações entre eles. Essa característica no processo de inovação é baseada na observação de que os clientes/usuários possam executar certas atividades no processo de entrega do serviço que têm sido, tradicionalmente, realizados pelos funcionários (Rohrbach *et al.*, 2006; Atun *et al.*, 2006). Esses clientes/usuários podem ser vistos como empregados parciais, e a capacidade de motivá-los é crucial para o bom funcionamento do processo de entrega. Assim, uma organização de serviços, como na saúde, tem que informar e educar seus clientes/usuários sobre o seu papel, bem como explicar porque é benéfico para eles envolverem-se na coprodução. A capacidade de motivar os clientes/usuários como coprodutores pode ser visto como novas características a serem desenvolvidas (Anthony, 2003; Pecukonis *et al.*, 2003).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A justificativa para a inovação em serviços de saúde tem incluído na literatura até aqui explorada, a melhoria da produtividade e eficiência, a redução

dos custos, o aumento da qualidade e da capacidade de resposta, a redução da variação na prática assistencial e o aumento ao acesso aos serviços de saúde. De acordo com o referencial teórico abordado, a inovação em serviços é um constructo multidimensional, que envolve o arranjo de diversas variáveis dependendo do contexto (Sundbo e Gallouj, 1998a, 1998b; Droege *et al.*, 2009; Nodari *et al.*, 2015).

Dessa forma, a contribuição desta pesquisa foi apresentar associações para que articulando os conceitos e abordagens dos procesos de inovação com as especificidades das atividades em serviços públicos de saúde tomando-se por análise a APS, possa-se incitar uma perspectiva crítica-reflexiva sobre a necessidade de uma abordagem integradora, evidenciando a associação de elementos como estrutura, tecnologia, governo, profissionais e clientes/usuários presentes para o sucesso em processos da inovação que criem vantagens diferenciadas em seu contexto.

A abordagem integradora da análise dos procesos de inovação, conforme mencionado previamente na pesquisa, exige uma análise recursiva e ampla de diferentes características. Além disso, no âmbito da APS se observam que as dificuldades encontradas, não somente no contexto brasileiro mas em diferentes países, reincidem, substancialmente, sobre o aspecto da necessidade de integração não somente no aspecto da gestão e articulação com diferentes níveis, mas também em seu financiamento e processo operacional.

Dessa forma, esse enfrentamento do atual quadro de saúde exige mudanças na perspectiva de promover portanto, um sistema de saúde integrado, que possa ser iniciado pela análise de características envolvidas no processo de inovação em serviços públicos da APS para o melhor desempenho nos processos de relações e interações de todo o contexto.

Com as leituras realizadas, percebeu-se que o governo tem um papel importante nos processos de inovação em serviços públicos de saúde, por fomentar o mercado com investimentos e recursos à saúde e por comprar os serviços dos prestadores. No entanto, ele não é destacado na literatura como condição essencial para que a inovação ocorra. Salientou-se, ainda, que a gestão eficaz, novas tecnologias diagnósticas, a busca pela aprendizagem contínua, motivação dos funcionários, a comunicação estabelecida e novas competências, são importantes para que as inovações em serviços de saúde ocorram, pois, a partir delas novas formas de realizar as atividades são ofertadas e novos meios de tratamento são descobertos.

Percebeu-se que existe uma oportunidade de pesquisa e publicação com este enfoque, visto que os artigos lidos citam a carência de investigações na área da inovação. Observou-se também que os fatores de produto e processo na literatura sobre inovações em serviços de saúde, têm diferentes visões e enfoque e um apelo de coprodução do serviço (prestador-cliente/usuário) mais acentuado, propondo uma interface com as políticas públicas de atenção à saúde e o importante papel do governo.

Outro fator que a literatura tem ressaltado é o papel das pessoas e seus relacionamentos institucionais como fomentador da inovação, estudos futuros que venham a explorar essas redes de relacionamentos e articulações seriam oportunos, mostrando que as inovações em serviços públicos de saúde precisam de um processo de comunicação eficaz, gestão e de um ambiente estimulador. Estas questões passam a ser processo de investigação a fim de que se possa compreender melhor um contexto abastado de oportunidades para pesquisadores que queiram contribuir para o tema de inovação em serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Anthony, D. (2003), “Changing the nature of physician referral relationships in the US: The impact of managed care”, en *Social Science and Medicine*, 56 (10), pp. 2033- 2044.
2. Armstrong, B., Levesque, O., Perlin, J.B., Rick. C., Schectman, G., Zalucki, P.M. (2005), “Reinventing Veterans Health Administration: Focus on Primary Care”, en *Journal of Healthcare Management*, 50 (6), pp. 399-408.
3. Atun, R. A. Menabde, N., Saluvere, K., Jesse, H., Habicht, J. (2006), “Introducing a Complex Health Innovation – Primary Health Care Reforms in Estonia”, en *Health Policy*, 79 (1), pp. 79-91.
4. Atun, R., Kyratsis, I., Jelic, L., Rados-Malicbegovic, D., Gurol-Urganci, I. (2007), “Diffusion of Complex Health Innovations – Implementation of Primary Health Care Reforms in Bosnia and Herzegovina”, en *Health Policy and Planning*, 22 (1), pp. 28-39.
5. Balabanova, D., Mckee, M. (2002), “Access to health care in a system transition: The case of Bulgaria”, en *International Journal of Health Planning and Management*, 17 (4), pp. 377-395.
6. Ballard, D. J. (2003), “Indicators to Improve Clinical Quality Across an Integrated Health Care System”, en *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (2), pp. 13-23.
7. Barnett, J., Vasileiou, K., Djemil, F., Brooks, L., Young, T. (2011), “Understanding innovators’ experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service



- innovations: A qualitative study”, en *BMC Health Services Research*, 11 (2), pp. 987-1001.
8. Bedregal, P., Ferlie, E. (2001), “Evidence based primary care? A multitier, multiple stakeholder perspective from Chile”, en *International Journal of Health Planning and Management*, 16(1), pp. 47-60.
  9. Blenkinsopp, A., Bond, C., Celino, G., Inch, J., Gray, N. (2008), “Medicines use review: Adoption and spread of a service innovation”, en *International Journal of Pharmacy Practice*, 16(4), pp. 271-276.
  10. Bodenheimer, T. (2006), “Primary Care - Will it Survive?”, en *New England Journal of Medicine*. 355(9), pp. 861-864.
  11. Brasil (2006), *Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados*, Brasília, Ministério da Saúde.
  12. Brasil (2010), *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool – PCATool – Brasil*, Brasília: Ministério da Saúde.
  13. Brasil (2011), *Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*, Brasília, Ministério da Saúde, disponible en: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html), consultado el 12 dez 2016.
  14. Brasil (2012), *Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde*, Brasília, Ministério da Saúde, disponible en: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Renasas2012.pdf>, consultado el 12 de diciembre de 2016.
  15. Campbell, S., Reeves, D., Kontopantelis, E., Middleton, E., Sibbald, B., Roland, M. (2007), “Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance”, en *New England Journal of Medicine*, 357(2), pp. 181-190.
  16. Castellacci, F., Grodal, S., Mendonça, S., Wibe, M. (2005), “Advances and challenges in innovation studies”, en *Journal of Economic Issues*, 39(1), pp.3-15.
  17. Castro, A.L.B., Machado, C.V. (2010), “A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal”, en *Cadernos de Saúde Pública*, 4(6) pp. 693-705.
  18. Chang, D. I., Bultman, L., Drayton, V.L., Knight, E.K., Rattay, K.T., Barrett, M. (2007), “Beyond medical care: How health systems can address children’s needs through health promotion strategies”, en *Health Affairs*, 26(2), pp. 466-473.
  19. Charles-Jones, H., May C., Latimer J., Roland, M. (2003), “Telephone triage by nurses in primary care: What is it for and what are the consequences likely to be?”, en *Journal of Health Services Research and Policy*, 8(3), pp. 154-159.
  20. Chreim, S., Williams B.E., Janz, L., Dastmalchian, A. (2010), “Change Agency in a Primary Health Care Context: The Case of Distributed Leadership”, en *Health Care Management Review*, 35(3), pp. 187-199.
  21. Cohen, D., McDaniel, R.R., Crabtree, B.F., Ruhe, M.C., Weyer, S.M., Tallia, A., Miller, W.L., Goodwin, M.A., Nutting, P., Solberg, L.I., Zyzanski, S.J., Jaén, C.R., Gilchrist, V., Stange, K.C. (2004), “A Practice Change Model for Quality Improvement in Primary Care Practice”, en *Journal of Healthcare Management*, 49(3), pp.155-168.
  22. Conass (2011), *Atenção Primária e Promoção da Saúde*, 3ª ed., Brasília, Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
  23. Den Hertog, V., Van Der Aa, W., De Jong, M.W. (2010), “Capabilities for managing service innovation: Towards a



- conceptual framework”, en *Journal of Service Management*, 21(4), pp. 490-514.
24. Djellal, F., Gallouj, F. (2006), “Innovation in care services for the elderly”, en *Service Industries Journal*, 23(3), pp. 303-327.
  25. Drejer, I. (2004), “Identifying innovation in surveys of services: a Schumpeterian perspective”, en *Research Policy*, 33(1), pp. 551-562.
  26. Droege, H., Hildebrand, D., Forcada, M.H. (2009), “Innovation in services: present findings, and future pathways”, en *Journal of Service Management*, 20(2), pp. 131-155.
  27. Exter A., Hermans H., Dosljak M., Busse R. (2004), *Health care systems in transition: Netherlands*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the Europe Observatory on Health Systems and Policies.
  28. Faulkner, A., Mills, N., Bainton, D., Baxter, K., Kinnersley, P., Peters, T.J., Sharp, D. (2003), “Systematic Review of the Effect of Primary Care – Based Service Innovations on Quality and Patterns of Referral to Specialist Secondary Care”, en *British Journal of General Practice*. 53(496), pp. 878-884.
  29. Fleuren, M., Wiefferink, K., Paulussen, T. (2004), “Determinants of innovation within health care organizations”, en *International Journal for Quality in Health Care*. 16(2), pp. 107 -123.
  30. Ford, E. W., Wells, R., Bailey, B. (2004), “Sustainable Network Advantages: A Game Theoretic Approach to Community – Based Health Care Coalitions”, en *Health Care Management Review*, 29(2), pp. 159-169.
  31. Gallouj, F. (1994), *Innovation dans les services*, Paris, L’Harmattan.
  32. Gallouj, F. (2002a), *Innovation in the service economy*, Reino Unido, Edward Elgar Publishing.
  33. Gallouj, F. (2002b), “Innovation in services and the attendant old and new myths”, en *Journal of Socio-Economics*, 31(2), pp. 137-154.
  34. Gallouj, F., Weinstein, O. (1997), “Innovation in Services”, en *Research Policy* 26, pp.537-556.
  35. Gallouj, F., Windrum, P. (2009), “Services and Services Innovation”, en *Journal of Evolutionary Economics*, 19(3), pp. 141-148.
  36. Gallouj, F., Savona, M. (2009), “Innovation in Services: a review of the debate and a research agenda”, en *Journal of Evolutionary Economics*, 19, pp. 149-172.
  37. Gann, D.M., Salter, A.J. (2000), “Innovation in project-based, service-enhanced firms: The construction of complex products and systems”, en *Research Policy*, 29(8), pp. 955-972.
  38. Giovanella, L., Almeida, P.F. (2017), “Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul”, en *Cadernos de Saúde Pública*, 2 (33), pp. 1-21.
  39. Ginexi, E. M., Hilton, T. F. (2006), “What’s next for translation research?”, en *Evaluation Health Professional*, 29(3), pp. 334-347.
  40. Gladwin, J., Dixon R.A., Wilson, T.D. (2001), “Rejection of an Innovation: Health Information Management Training Materials in East Africa”, en *Health Policy and Planning*, 17(4), pp. 354-361.
  41. Goddard, M., Smith, P. (2001), “Equity of Access to Health Care Services: Theory and Evidence from the UK”, en *Social Science and Medicine*, 53(9), pp. 1149-1162.

42. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. (2004), "Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations", en *Milbank Quarterly*, 82(4), pp.581-629.
43. Grigsby, W. J. (2002), "Tele-health: An assessment of growth and distribution", en *Journal of Rural Health* 18(2), pp. 348-358.
44. Grumbach, K., Bodenheimer, T. (2004), "Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice?", en *Journal of the American Medical Association*. 291(10), pp. 1246-1251.
45. Hamilton, R., Gordon, P., Naji, S. (2002), "Service innovation: The first year of a brief psychiatric screening clinic in primary care", en *Psychiatric Bulletin*, 26(6), pp. 218-221.
46. Hartley, J. (2005), "Innovation in governance and public services: Past and present", en *Public Money and Management*, 25(1), pp. 27-34.
47. Hipp, C., Grupp, H. (2005), "Innovation in the service sector: The demand for service-specific innovation measurement concepts and typologies", en *Research Policy*, v. 34, n.4, pp. 517-535.
48. Iliffe, S. (2002), "From general practice to primary care: The industrialization of family medicine in Britain", en *Journal of Public Health Policy*, 23(1), pp. 33-43.
49. Köch, P., Hauknes, J. (2005), *On Innovation in the Public Sector –today and beyond–*. Publin Report No. D20, Oslo: NIFU STEP, disponible en: <http://www.aviana.com/step/publin/reports/d20-innovation.pdf>, consultado el 10 de diciembre de 2016.
50. Lavinás, L. (2014), "América Latina: mínimos monetários em lugar da proteção social", en *Revista de Política Social e Desenvolvimento*, 8, pp. 18-26.
51. Lavras, C. (2011), "Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil", en *Sociedade e Saúde*, 4(20), pp. 867-874.
52. Light, D. W. (2001), "Managed Competition, Governmentality and Institutional Response in the United Kingdom", en *Social Science and Medicine*, 52(8), pp.1167-1181.
53. Liu, L., Hader, J., Brossart, B., White, R., Lewis, S. (2001), "Impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada", en *Social Science and Medicine*, 52(12), pp. 1793 -1804.
54. Lockett, A., Currie, L., Waring, J., Finn, R., Martin, L. (2012), "The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare", en *Social Science and Medicine*, 74(3), pp. 356-363.
55. Luck, J., Peabody, J. W. (2002), "When do developing countries adopt managed care policies and technologies? part II: Infrastructure, techniques, and reform strategies", en *American Journal of Managed Care*, 8(12), pp. 1093-1103.
56. OCDE (2005), *Manual de Oslo. The measurement of scientific and technological activities*.
57. Macinko, J., Almeida, C. (2004), "Organization and delivery of primary health care services in Petropolis. Brazil", en *International Journal of Health Planning and Management*, 19(4), pp. 303-317.
58. Matta, G. C. (2005), *A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia*, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
59. McIntyre, D., Klugman, B. (2003), "The Human Face of Decentralisation and Integration of Health Services: Experience

- from South Africa”, en *Reproductive Health Matters*, 11 (21), pp. 108-119.
60. Meads, G., Iwami, M., Wild, A. (2005), “Transferable learning from international primary care developments”, *International Journal of Health Planning and Management*, 20(3), pp. 253-267.
61. Mendes, E.V., Teixeira, C.F., Araujo, E.C., Cardoso, M.R.L. (1993), “Distrito Sanitário: conceitos-chave”, en Mendes, E. V., *Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde*, Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco.
62. Mendes, E. V. (2007), *Redes de Atenção à Saúde*, Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
63. Mendes, E.V. (2011), *As redes de atenção à saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, disponible en: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965), consultado el 12 dez 2016.
64. Michener, J. L., Champagne, M.T., Yaggy, D., Yaggy, S.D., Krause, K.M. (2005), “Making a home in the community for the academic medical center”, en *Academic Medicine*, 80(1), pp. 57-61.
65. Miles, I. (2005), “Innovation in Services”, en J. Fagerberg, D. Mowery and R.R. Nelson (eds.). *The Oxford Handbook of Innovation*, Oxford, Oxford University Press.
66. Mitton, C., Dionne, F., Masucci, L., Wong, S., Law, S. (2011), “Innovations in health service organization and delivery in northern rural and remote regions”, en *International Journal of Circumpolar Health*, 70(5), pp. 460-472.
67. Nodari, C.H., Camargo, M.E., Olea, P.M., Dorion, E.C.H., Claus, S.M. (2015), “The framework of the practice of innovation in primary healthcare: a case study”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(20), pp. 3073-3086.
68. Nyonator, F.K., Awoonor-Williams, J.K., Phillips, J. F., Jones, T.C., Miller, R.A. (2005), “The Ghana Community-Based Health Planning and Services Initiative for Scaling Up Service Delivery Innovation”, en *Health Policy and Planning*, 20(1), pp. 25-34.
69. OPAS (2005), *Brasil: O perfil do Sistema de Serviços de Saúde*, Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde.
70. Otani, K., Harris, L.E., Tierney, W.M. (2003), “A Paradigm Shift in Patient Satisfaction Assessment”, en *Medical Care Research and Review*, 60(3), pp. 347-365.
71. Parfitt, B. A., Cornish, F. (2007), “Implementing family health nursing in tajikistan: From policy to practice in primary health care reform”, en *Social Science and Medicine*, 65(8), pp. 1720-1729.
72. Pecukonis, E.V., Cornelius, G., Parrish, M. (2003), “The Future of Health Social Work”, en *Social Work in Health Care*, 37(3), pp. 1-15.
73. Retchin, S.M., Perlin, J.B., Clark, R.R. (2001), “Clinical service standards at academic health centers”, en *International Journal for Quality in Health Care*, 13(3), pp. 247-256.
74. Roblin, D. W., Vogt, T.M., Fireman, B. (2003), “Primary health care teams: Opportunities and challenges in evaluation of service delivery innovations”, en *Journal of Ambulatory Care Management*, 26(1), pp. 22-35.

75. Rogers, E. M. (1962), *Diffusion of Innovations*. New York, The Free Press.
76. Rohrbach, L. A., Grana, R., Sussman, S., Valente, T.W. (2006), “Type II Translation: Transporting Prevention Interventions from Research to Real-World Settings”, en *Evaluation and the Health Professions*, 29(3), pp. 302-333.
77. Saltman, R. B., Figueras, J. (1997), *European health care reform: analysis of current strategies*, Copenhagen, Regional Office for Europe/ World Health Organization.
78. Shi, L. (2012), “The Impact of Primary Care: A Focused Review”, en *Hindawi Publishing Corporation Scientifica*, 4(1), pp. 1-22.
79. Shields, A. E., Shin, P., Leu, M. G., Levy, D. E., Betancourt, R. M., Hawkins, D., Proser, M. (2007), “Adoption of Health Information Technology in Community Health Centers: Results of a National Survey”, en *Health Affairs*, 26(5), pp.1373-1383.
80. Smith, R. (2006), “Commentary: the power of the unrelenting impact factor—is it a force for good or harm?”, en *International Journal of Epidemiology*, 35, pp.1129-1130.
81. Stanton, P. (2001), “Competitive health policies and community health”, en *Social Science and Medicine*, 52(5), pp. 671-679.
82. Starfield, B. (2002), *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde.
83. Starfield, B., Shi, G., Macinko, J. (2005), “Contribution of primary care to health systems and health”, en *The Milbank Quarterly*, 83, pp. 457-502.
84. Steger, M. B. (2009), *Globalization: a very short introduction*, 2ª ed., Hampshire, Oxford.
85. Sundbo, J., Gallouj, F. (1998a), “Innovation as a loosely coupled system in services”, en *SI4S Topical Paper 4*.
86. Sundbo, J., Gallouj, F. (1998b), “Innovation in Services”, en *SI4S Synthesis Paper 2*.
87. Testa M. (1992) *Pensar em saúde*, Porto Alegre, Editora Artes Médicas.
88. Thomas, L.M., Reynolds, T., O’Brien, L. (2006), “Innovation and change: Shaping district nursing services to meet the needs of primary health care”, en *Journal of Nursing Management*, 14(6), pp. 447-454.
89. Van Der Aa, W., Elfring, T. (2002), “Realizing innovation in services”, en *Scandinavian Journal of Management*, 18(2), pp. 155-171.
90. Wakerman, J., Humphreys, J. S. (2011), “Sustainable primary health care services in rural and remote areas: Innovation and evidence”, en *Australian Journal of Rural Health*, 19(3), pp. 118-124.
91. Warne, T., McAndrew, S., King, M., Holland, K. (2007), “Learning to listen to the organisational rhetoric of primary health and social care integration”, en *Nurse Education Today*, 27(8), pp. 947-954.
92. Waterman, H., Marshall, H., Noble, J., Davies, H., Walshe, K., Sheaff, R., Elwyn, L. (2007), “The role of action research in the investigation and diffusion of innovations in health care: The PRIDE project”, en *Qualitative Health Research*, 17(3), pp. 373-381.
93. Whitlock, E. P., Orleans, C.Y., Pender, N., Allan, J. (2002), “Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions an Evidence-Based Approach”, en *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), pp. 267-284.

94. Windrum, P. (2008), “Innovation and entrepreneurship in public services”, en Windrum, P.; Köch, P. (Orgs), *Innovation in Public Sector Services*, Reino Unido, Edward Elgar Publishing Limited.
95. Yarnall, K. S., Pollak, K. I., Østbye, T., Krause, K. M., Michener, J. L. (2003), “Primary Care: Is there enough Time for Prevention?”, en *American Journal of Public Health*, 93(4), pp. 635-641.