



**GLOBALFORUM**  
FRONTEIRAS DA SAÚDE

2020

**INOVAÇÃO NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM SAÚDE:  
UMA NOVA PERSPECTIVA  
PARA O SISTEMA DE  
SAÚDE DO BRASIL**

Iniciativa e Realização

INSTITUTO  
**LADO A LADO**  
PELA VIDA



## Pesquisadores

**Marcelo Caldeira Pedroso** é Professor Livre-Docente do Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA-USP). Possui pós-doutorado nesta instituição. Doutor em ciências pela Faculdade de Medicina (USP), com pesquisa desenvolvida em gestão estratégica em saúde. Doutor, mestre e graduado em Engenharia de Produção pela Escola Politécnica (USP). Conselheiro de Administração certificado pelo IBGC (Instituto Brasileiro de Governança Corporativa). Apresenta experiência executiva em serviços intensivos em conhecimento, tais como consultoria empresarial (Deloitte, Ernst&Young Consulting, IBM, i2 Technologies, KPMG Consulting/BearingPoint, TerraForum), educação e saúde (Grupo Fleury). É membro do Conselho Curador da FIA (Fundação Instituto de Administração) e Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Empreendedorismo da FEA-USP.

**Heloísa Garcia Claro Fernandes** possui graduação, mestrado, doutorado e pós-doutorado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com doutorado sanduíche nas instituições Universidade de Illinois e Chestnut Health Systems. Atualmente é Professor Doutor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Atuou como Professor Doutor na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. É pesquisadora no projeto Latin America Treatment and Innovation Network - LATIN-MH na Faculdade de Medicina da USP - Departamento de Medicina Preventiva. Além disso, é membro pesquisador do Grupo de Estudos em Álcool e Drogas da Universidade de São Paulo.

**Marina Boralli** é Nutricionista pela UNESP, mestre em Tecnologias e Inovação em Saúde, estudou Gestão Hospitalar e Sistemas de Saúde (MBA FGV) e Aprimoramento Profissional em Administração (PROAHSA - HCFMUSP). Atua há mais de 8 anos área de Gestão em Saúde com ênfase em consultoria às áreas de negócios, implantação de novos modelos assistenciais oncológicos e gestão de projetos complexos (PMO). Análise e planejamento de atividades que requeiram visão inovadora e sistêmica, sobretudo com foco na geração de valor ao paciente.

**Priscila Cruzatti** é enfermeira pela USP, membro no Colégio Brasileiro de Executivos de Saúde (CBEXs) e mestranda no programa de Empreendedorismo e Inovação na FEA-USP. Estudou Empreendedorismo na Babson College (USA), Gestão de Projetos (FIAP), Gestão Hospitalar e Sistemas de Saúde (MBA FGV) e Aprimoramento Profissional em Administração (PROAHSA - HCFMUSP). Responsável por projetos de inovação em saúde, conduzindo equipes de diversos países (Brasil, Israel, Estados Unidos, Espanha, Finlândia) para empresas como Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo (AHM PMSP) e International Finance Corporation (IFC), UCB Pharma.

## Conselho científico

**Beatriz Mello** é graduada em Administração de Empresas pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo / PUC-SP, possui Pós-graduação em Administração Industrial - Engenharia de Produção da Fundação Vanzolini /SP e MBA em Marketing pela Business School - SP. Atuou, até 2019 como executiva da indústria farmacêutica, liderando estratégias para produtos oncológicos.

**Edson C. Araujo** é Economista Sênior de Saúde do Banco Mundial. Coordena projetos de financiamento, assistência técnica e pelo diálogo na área de saúde no Brasil, África Ocidental e Ásia. É coordenador e principal autor dos estudos do Banco Mundial sobre eficiência e reformas do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelo Banco Mundial ao longo dos últimos anos. Possui graduação em economia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e tem mestrado em Economia da Saúde pela York University (York, Reino Unido) e doutorado pela Queen Margaret University (Edimburgo, Reino Unido).

**Gonzalo Vecina Neto** é Graduado pela Faculdade de Medicina de Jundiaí, Mestre em Administração, Concentração de Saúde, pela EAESP/FGV, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Fundador e Diretor Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, entre 1999 e 2003, sido anteriormente Secretário Nacional da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, de 1998 a 1999. Atuou como Secretário Municipal de Saúde de São Paulo, entre 2003 e 2004. Professor Assistente da Faculdade de Saúde Pública da USP desde 1988. Foi Superintendente do Hospital Sírio Libanês.

**Leandro Fonseca da Silva\*** foi Diretor e Diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), onde atuou por 9 anos. Ingressou no serviço público na carreira de especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Trabalhou no Ministério da Fazenda, onde foi coordenador-geral de Economia da Saúde. Graduado em Economia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), especializado em Finanças Corporativas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) e mestrado em Regulação pela London School of Economics and Political Science (LSE), do Reino Unido.

**Tamires Poleti** é formada em Relações Internacionais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo / PUC-SP; possui CBA em International Business pelo Ibmec e cursa MBA de Gestão em Saúde na Universidade Israelita Albert Einstein. Foi diretora de desenvolvimento de negócios do Israel Trade - departamento de Comércio Exterior do Ministério de Economia de Israel. É CEO da ilHealth, responsável por promover tecnologias inovadoras no ecossistema de saúde brasileiro e em conectar empresas brasileiras e estrangeiras em projetos e parcerias comerciais. Fornece serviços personalizados de introdução ao mercado e desenvolvimento de negócios, com grande experiência na abertura de novos negócios para startups, especialmente nos setores de Saúde Digital, Telemedicina e TI em Saúde.

\*Participou até o dia 29 de março de 2020.

## Instituto Lado a Lado pela Vida

### Global Forum - Fronteiras da Saúde

**Marlene Oliveira** possui graduação em Jornalismo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo / PUC-SP e em Artes Plásticas pela Faculdade de Belas Artes. É Empreendedora Social, fundadora e presidente do Instituto Lado a Lado pela Vida, organização da sociedade civil que desde 2008 atua nas causas da saúde do homem; doenças cardiovasculares e oncológicas. As ações que lidera são direcionadas à população urbana e rural alertando para a importância da prevenção e do diagnóstico precoce. Voz atuante na defesa do fortalecimento do SUS e na necessidade de promover engajamento e participação social nas discussões sobre saúde, com destaque para a sustentabilidade dos sistemas público e privado e acesso aos tratamentos. Conselheira eleita do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para o Triênio 2019 – 2021.

**Denise Blagues** é Diretora Institucional do Instituto Lado a Lado pela Vida. Desenvolve projetos para gerar impacto social, que aliam saúde, educação e cultura visando a conscientização e a mudança de hábitos da população. É responsável pela elaboração de projetos de Advocacy e ações para estabelecer alianças e parcerias estratégicas desde a fundação da Instituição, em 2008. É graduada em Comunicação Social e Relações Públicas pela Faculdade Cásper Líbero e cursa MBA em “Planejamento e Práticas de Gestão para Instituições de Apoio a Pacientes Portadores de Doenças Raras” pela Fundação Instituto de Administração (FIA) 2019-2020.

**Fernanda de Carvalho** é Diretora de Relações Públicas e Internacionais do Instituto Lado a Lado pela Vida. Atuou por 10 anos na área de comunicação corporativa das multinacionais Ford Motor Company e Philips, liderando equipes no Brasil e na América Latina. Foi membro de Comitês Globais de Comunicação, Gestão de Reputação e Gerenciamento de Risco e Crise. Graduada em Comunicação Social/Jornalismo pela Faculdades Integradas Alcântara Machado/FIAM com especialização pela Faculdade Cásper Líbero. É co-autora do livro Imagem, Marca e Reputação.



# Sumário

Carta de apresentação.....	7
Sumário executivo.....	8
Introdução.....	10
Contextualização.....	11
Inovação em saúde e seus diferentes tipos.....	11
Atenção Primária em Saúde (APS).....	13
A cadeia de valor da saúde.....	16
Os elementos influenciadores da inovação na Atenção Primária em Saúde.....	17
Resultados da pesquisa empírica.....	19
Financiamento.....	19
Políticas públicas de inovação.....	23
Fluxos na assistência e integração público-privada.....	25
Jornada do paciente.....	27
Regulação.....	29
Uma discussão sobre os resultados da pesquisa empírica.....	31
Financiamento e suporte ao desenvolvimento de inovação.....	31
Políticas públicas de inovação.....	32
Fluxos na assistência e jornada do paciente.....	33
Regulação e inovação.....	34
Implicações e sugestões para impulsionar a inovação na Atenção Primária em Saúde no Brasil.....	34
Uma palavra final.....	40
Referências.....	41
Apêndice.....	47
Método da pesquisa empírica sobre inovação na Atenção Primária em Saúde.....	47



## Carta de apresentação

Ao lançar o Global Forum-Fronteiras da Saúde em 2019, o Instituto Lado a Lado pela Vida (LAL) incorporou a ambição do World Economic Forum de “dedicar esforços para promover empreendedorismo no interesse público, mantendo altos padrões de governança”.

Assumi esse papel pois, há 12 anos, atua como um agente de transformação social dedicado a influenciar quem define as políticas públicas de saúde no Brasil. Promove ações e campanhas de prevenção e conscientização para o diagnóstico precoce de doenças crônicas e oncológicas; dissemina informação qualificada para que os brasileiros conheçam melhor o seu corpo, enfrentem as doenças e entendam a jornada dos pacientes nos sistemas de saúde, público ou privado.

Sua missão é promover o engajamento dos distintos atores dos cenários da saúde e da economia e motivá-los a sair do plano das discussões e atuar como co-autores na busca de soluções para melhorar a saúde no Brasil.

Para isso, montou um Grupo de Trabalho para dar continuidade às discussões de 2019 e produzir um documento que analisasse o cenário da Atenção Primária no Brasil e incluísse questionamentos e possíveis caminhos para a ela incorporar inovação.

Produzir este documento, que será compartilhado com a sociedade civil e encaminhado ao Ministério da Saúde, só foi possível pois tivemos a participação voluntária de conselheiros que doaram seus notórios saberes – e tempo de suas agendas - e o minucioso trabalho da equipe de pesquisadores que o redigiu.

Como organização social, o Instituto LAL entende que incorporar inovação na atenção primária contribuirá para melhorar a saúde no Brasil. E, não somente a saúde das pessoas, que deve estar em primeiro plano, mas também a saúde econômico-financeira do Estado e das empresas. Neste ano da pandemia da Covid-19, ficou ainda mais latente que essa equação precisa ser equilibrada. Foram tomadas ações emergenciais para enfrentar uma crise sem precedentes na saúde. Mas, não pode ser assim. Ações para melhorar o atendimento dos pacientes precisam ser incorporadas de maneira estrutural. Para isso, o Brasil pode agregar inovações que a evolução do conhecimento proporciona, ao legado que o SUS (Sistema Único de Saúde) nos brindou em seus mais de 30 anos.

A sociedade não pode somente apontar falhas e esperar por soluções sem se comprometer com a sua parcela de responsabilidade como, por exemplo, cuidar de sua saúde individual. Incorporar melhores hábitos de alimentação e estilo de vida certamente contribuirão para o equilíbrio econômico dos sistemas de saúde.

Agendas individuais não devem existir neste cenário e todos nós, independentemente do papel que exercemos na sociedade, devemos atuar em prol da saúde no Brasil.



**Marlene de Oliveira**  
Fundadora e Presidente do  
Instituto Lado a Lado pela Vida



Marcelo Caldeira Pedroso, professor livre-docente da FEA/USP  
Heloisa Garcia Claro, professora doutora da FENF/Unicamp  
Marina Boralli, mestre pelo IEP/Hospital Sírio-Libanês  
Priscila Cruzatti, mestranda na FEA/USP

## Sumário executivo

### Objetivo do estudo:

O objetivo do presente trabalho é aprofundar as discussões e suscitar debates sobre novos conceitos e práticas que possam ser incorporados na Atenção Primária em Saúde (APS), visando contribuir para aumentar a efetividade dos sistemas de saúde público e privado do Brasil.

### Motivadores:

Na primeira edição do Global Fórum 2019 – Fronteiras da Saúde, iniciativa do Instituto Lado a Lado pela Vida, foram debatidos temas atuais sobre gestão em saúde. Foi feita a análise de conteúdo do evento, onde emergiram seis principais temas, sendo dois selecionados para um debate mais aprofundado: atenção primária em saúde e inovação. Essa escolha deu origem ao presente estudo, intitulado “Inovação na Atenção Primária em Saúde”.

### Elementos influenciadores da inovação na atenção primária em saúde:

Esse trabalho considera cinco elementos que influenciam a inovação na atenção primária em saúde, a citar: (1) Financiamento e intermediação; (2) Políticas públicas de inovação; (3) Fluxos na assistência; (4) Jornada do paciente; e (5) Regulação (os quais são ilustrados na figura 1). Com base nesses elementos, foi realizada uma pesquisa de campo, com dados coletados por meio de entrevistas em profundidade com informantes chave, quais sejam: importantes atores da cadeia de valor em saúde. Essa pesquisa empírica procurou identificar os problemas, desafios e oportunidades inerentes à inovação na atenção primária em saúde, segundo as concepções desses atores.

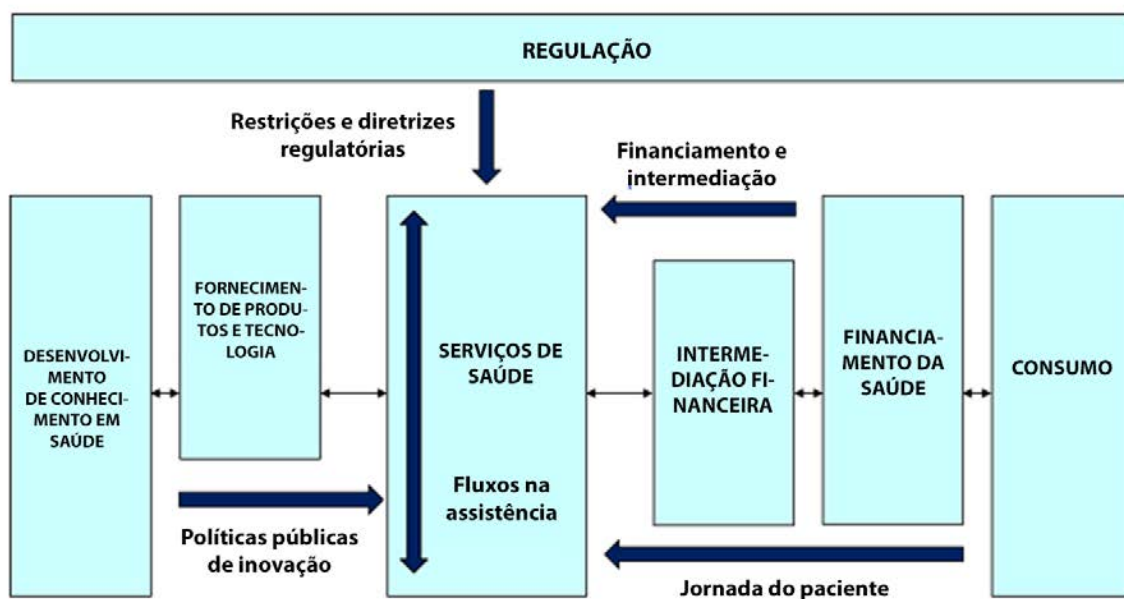


Figura 1. Elementos que influenciam a inovação na atenção primária em saúde



As análises das informações da pesquisa de campo, em conjunto com dados de produções científicas sobre os temas em discussão, geraram um conjunto de possíveis soluções e proposições para fomentar a inovação em atenção primária no Brasil. Estes podem ser observados na tabela 1 deste sumário executivo.

ELEMENTO INFLUENCIADOR	DESAFIOS	POSSÍVEIS DIRECIONAMENTOS
(1) Financiamento	Financiamento público insuficiente/inadequado	- Repensar a estrutura do financiamento do sistema de saúde. - Incentivar o debate sobre o projeto do sistema de saúde brasileiro, particularmente no sentido de um sistema integrado no âmbito público e privado. Para tanto, considerar experiências internacionais bem-sucedidas.
(2) Políticas públicas de Inovação	Implantação de políticas de inovação ainda incipiente (sistema público e privado)	- Avançar em uma política nacional de inovação em saúde.
(3) Fluxos na assistência	Falta de integração público-privada no âmbito assistencial	- Repensar o desenho dos fluxos assistenciais, com ênfase na integração da APS aos níveis de atenção secundária e terciária. No sistema privado, considerar a APS como uma porta de entrada. - Fortalecer a gestão de saúde populacional com mudanças que promovam melhor desfecho.
(4) Jornada do paciente	Trajatória pública pouco efetiva (jornada do paciente)	- Incentivar o planejamento da capacidade de atendimento conjunta público-privada baseada em estudos epidemiológicos e/ou de <i>case mix</i> . - Promover a cooperação público-privada com enfoque em inovações que melhorem a jornada do paciente.
(5) Regulação	Regulação pública pouco efetiva	- Desenvolver estudos para aumentar a efetividade da regulação, com ênfase em maior agilidade nas definições de incorporação tecnológica. - Suporte ao controle social e participação da sociedade civil nos espaços de decisão, principalmente para alocação de recursos baseada nas necessidades da população.

Tabela 1. Desafios identificado e respectivos direcionamentos para inovações na APS

Em síntese, os resultados desse trabalho ressaltaram os seguintes direcionamentos e implicações futuros:

- Repensar a estrutura do financiamento do sistema de saúde (adequação do mix de financiamento público vs privado).
- Incentivar o debate sobre o projeto do sistema de saúde brasileiro, particularmente no sentido de um sistema integrado no âmbito público e privado. Para tanto, considerar experiências internacionais bem-sucedidas.
- Avançar em uma política nacional de inovação em saúde (o que inclui investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento, bem como diretrizes para transformar as práticas nos municípios e estados).
- Repensar o desenho dos fluxos assistenciais, com ênfase na integração da APS aos níveis de atenção secundária e terciária. No sistema privado, considerar a APS como uma porta de entrada (gatekeeper do sistema).
- Fortalecer a gestão de saúde populacional com mudanças que promovam melhor desfecho.
- Incentivar o planejamento da capacidade de atendimento conjunta público-privada baseada em estudos epidemiológicos e/ou de *case mix*.
- Promover a cooperação público-privada com enfoque em inovações que melhorem a jornada do paciente (por ex.: compartilhamento de informações de saúde entre sistemas para melhor uso dos recursos e tomada de decisão clínica).
- Desenvolver estudos para aumentar a efetividade da regulação, com ênfase em maior agilidade nas definições de incorporação tecnológica.
- Suporte ao controle social e participação da sociedade civil nos espaços de decisão, principalmente para alocação de recursos baseada nas necessidades da população.

O relatório completo do estudo é apresentado nas próximas páginas.



Marcelo Caldeira Pedroso, professor livre-docente da FEA/USP  
Heloísa Garcia Claro, professora doutora da FENF/Unicamp  
Marina Boralli, mestre pelo IEP/Hospital Sírio-Libanês  
Priscila Cruzatti, mestranda na FEA/USP

## Introdução

Este trabalho apresenta uma nova perspectiva para a atenção primária em saúde no Brasil. Para tanto, utiliza os conceitos e práticas de inovação aplicados no contexto do sistema de saúde brasileiro, tanto na esfera pública (Sistema Único de Saúde - SUS) quanto privada (ou saúde suplementar).

A inovação em saúde é descrita pela literatura já há mais de uma década como imprescindível e desafiadora (1). Podemos considerar a inovação em saúde como novos elementos - tais como ideias, práticas ou processos (2) - com o objetivo de aumentar a efetividade e diminuir o custo das ações de cuidado a indivíduos, famílias e comunidades (1).

Um dos desafios para a implantação de inovações em saúde é de ordem metodológica: poucos estudos que abordam o tema o fazem com rigor científico (2). Desta forma, esforços que unam a sociedade, organizações e academia para discutir essa questão são necessários para o desenvolvimento de ações e políticas públicas eficientes em inovação em saúde.

Esse desafio também foi levantado em 2005 pelo Manual de Oslo, que coloca em evidência o objetivo de reunir diretrizes para interpretação de dados relacionados a inovação em setores de interesse público, tais como educação e saúde (3).

Destacamos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a inovação em saúde como uma das ferramentas para a cobertura universal de saúde, de suma importância para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (4-6).

Neste contexto, o objetivo do presente trabalho é aprofundar as discussões e suscitar debates sobre novos conceitos e práticas que possam ser incorporados na Atenção Primária em Saúde (APS), visando contribuir para aumentar a efetividade dos sistemas de saúde público e privado do Brasil.

Após esta introdução, o trabalho apresenta uma contextualização, que destaca as origens do estudo. Posteriormente, as bases conceituais do estudo são apresentadas, a citar: inovação em saúde; atenção primária em saúde; e cadeia de valor da saúde. Fundamentado nestes conceitos, o estudo delimita cinco principais elementos influenciadores da inovação na atenção primária em saúde. A seguir, e com foco nestes elementos influenciadores, os resultados e respectivas discussões da pesquisa empírica realizada no âmbito deste trabalho são apresentados. Essa pesquisa de campo foi realizada com dados coletados por meio de entrevistas em profundidade, sendo que o método de pesquisa está descrito no apêndice deste documento. Na sequência, o trabalho apresenta algumas implicações e sugestões para impulsionar a inovação na atenção primária em saúde no Brasil. Por fim, apresentamos algumas palavras finais.

## Contextualização

Na primeira edição do Global Fórum 2019 – Fronteiras da Saúde, realizado nos dias 3 e 4 de outubro de 2019, foram debatidos em profundidade temas atuais sobre gestão em saúde com convidados de relevância das áreas pública e privada, reconhecidos nacional e internacionalmente. O evento reuniu importantes *stakeholders* de diversas áreas, entre eles: representantes do Ministério da Saúde e de outros órgãos governamentais e agências regulatórias; parlamentares; executivos das indústrias farmacêutica, de equipamentos e de operadoras de saúde; pesquisadores de distintas instituições acadêmicas; além de empresários e gestores de diversos setores da economia.

As apresentações e discussões do evento foram registradas em material eletrônico. Com base nessas informações, foi realizada uma análise de conteúdo. Nessa análise, os mais de 500 trechos selecionados foram identificados, classificados e categorizados com base em frequência e similaridade entre os temas abordados. Os seis principais temas identificados foram: (1) gestão e eficiência; (2) sustentabilidade; (3) prevenção e atenção primária; (4) foco no paciente; (5) inovação; e (6) recursos humanos.

Desses temas, dois foram selecionados – atenção primária e inovação - para um debate mais aprofundado. Essa escolha deu origem ao presente estudo, intitulado “Inovação na Atenção Primária em Saúde”.

### Os cinco tipos de inovação [1]

Consideramos inovação como algo novo para um sistema ou uma organização, que remete ao denominado conceito amplo de inovação. Dessa forma, toda inovação implica em novidade, ainda que esta não seja necessariamente uma originalidade - ou seja, não se pressupõe que a inovação aborde algo inédito. Não obstante, a inovação, no contexto de um sistema ou da organização, é algo novo. Dessa forma, a inovação está associada necessariamente a mudanças.

Na saúde, a inovação pode ocorrer no âmbito do sistema de saúde ou no contexto específico de uma organização que atua na cadeia de valor da saúde (conforme discussão adiante).

Conceituamos inovação como “algo novo”. E o que é algo novo, mais especificamente? Isso significa que a inovação pode considerar diferentes formatos, que são os tipos de inovação. Esse trabalho contempla cinco tipos de inovação (figura 1).

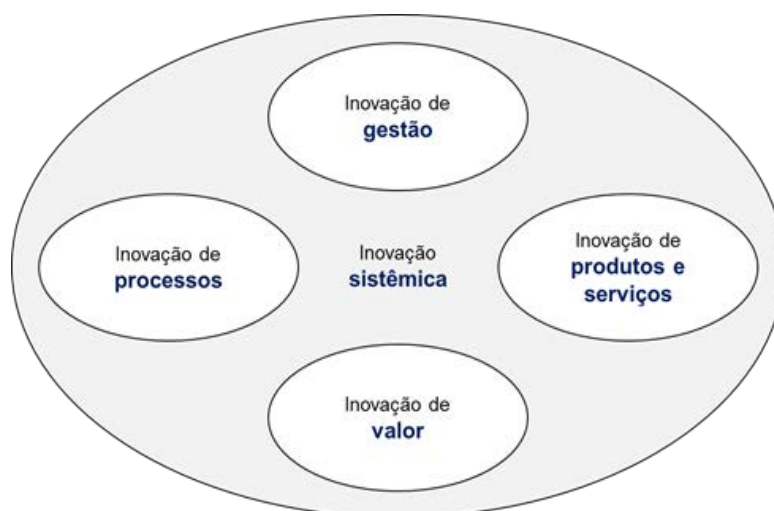


Tabela 1. Desafios identificado e respectivos direcionamentos para inovações na APS.

[1] Discussões baseadas em: Pedroso, M.C. (2020). Laboratório de inovação de modelo de negócio. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA-USP). Pedroso, M.C. (2020). Efeito FAMGA e a inovação na saúde. Época Negócios, 10/06/2020. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/colunas/noticia/2020/06/efeito-famga-e-inovacao-na-saude-brasileira.html>. Acesso em 18 de outubro de 2020

O primeiro tipo de inovação é a de produtos e serviços. Esta aborda o desenvolvimento de um novo produto ou serviço, bem como uma melhoria no desempenho de produtos ou serviços existentes no sistema de saúde (7). Alguns exemplos podem ser apresentados no contexto da pandemia da covid-19. O primeiro deles é do Hospital Albert Einstein, que desenvolveu o primeiro teste genético no mundo para detecção da Covid-19. Esse teste apresenta uma confiabilidade equiparável ao RT-PCR (sigla que significa Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) em tempo real), até então considerado como o padrão-ouro para o diagnóstico da Covid-19. Ademais, essa inovação possibilita processar as amostras com uma velocidade 16 vezes maior do que o RT-PCR [2].

O segundo exemplo é o Grupo Fleury. Este desenvolveu um método proteômico, realizado por espectrometria de massa, que apresenta uma confiabilidade (no caso, uma sensibilidade) próxima ao do RT-PCR, mencionado acima. As vantagens desse método estão relacionadas à possibilidade de processamento automatizado, e servir como alternativa às restrições de insumos do exame RT-PCR [3].

O segundo tipo de inovação remete à inovação de processos. Esta considera a implantação de um novo processo de negócio (ex.: produção, entrega, atendimento), ou introdução de melhorias nos processos atuais (7). Exemplos de inovação de processos incluem a coleta de amostras para testes no sistema drive-thru e a fabricação de vacinas localmente, por instituições como o Instituto Butantã (SP) e a Fiocruz (RJ) [4].

O terceiro tipo de inovação se refere à inovação de gestão. Esta consiste na invenção e implantação de uma nova prática, estrutura ou técnica em gestão que tem como objetivo contribuir efetivamente para a consecução dos objetivos organizacionais (8,9).

Como exemplo de inovação de gestão, e no contexto da pandemia da Covid-19, podemos citar o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Essa instituição alocou todos os leitos do seu maior instituto, o Instituto Central (ICHC), para tratar os pacientes acometidos pela Covid-19 durante a pandemia. Para tanto, transferiu os pacientes atendidos por outras especialidades para os demais institutos. Com isso, o ICHC se transformou na maior operação hospitalar de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do mundo, com duzentos leitos. Essa ação foi considerada pelo Hospital das Clínicas como a “operação mais audaciosa nos 76 anos de sua existência” [5]. Posteriormente, outros 100 leitos de UTI foram incorporados, o que gerou um hospital com 300 leitos de UTI dedicados ao tratamento da Covid-19 [6].

O quarto tipo considera a inovação de valor, ou seja, uma nova (ou inovadora) proposta de valor. Assim, esse tipo de inovação implica em mudanças na percepção de preço e/ou valor por parte das fontes pagadoras e pacientes.

O reposicionamento do A.C. Camargo, ocorrido a partir de 2005, é um exemplo de inovação de valor. Essa instituição promoveu uma reestruturação em sua gestão e nas operações, passando a atuar em planos de saúde de padrões mais elevados, simultaneamente ao atendimento ao SUS.

O quinto tipo consiste na inovação sistêmica, que é tratada na literatura de administração como inovação de modelo de negócio. Esse tipo de inovação tem várias definições e é um tema relativamente recente nas pesquisas acadêmicas (10). Esse trabalho adota a seguinte definição: inovação sistêmica é aquela que combina dois ou mais tipos de inovação e gera um elevado valor - ou seja: entrega um alto valor econômico e social para seus clientes e sociedade, e captura uma parte desse valor para a própria organização.

[2] Fonte: Hospital Albert Einstein. Disponível em: <https://vidasaudavel.einstein.br/coronavirus/einstein-desenvolve-o-1o-teste-genetico-para-deteccao-do-novo-coronavirus/>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

[3] Fonte: Grupo Fleury. Disponível em: <https://www.fleury.com.br/noticias/novo-teste-covid19>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

[4] Fonte: O Globo. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/brasil-pode-ser-um-dos-paises-fabricao-vacina-contracoronavirus-24465584>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

[5] Fonte: Covid-19: manifesto do colegiado dos professores titulares da Faculdade de Medicina da USP. Jornal da USP, 17/04/2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/universidade/covid-19-manifesto-do-colegiado-dos-professores-titulares-da-faculdade-de-medicina-da-usp/>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

[6] Fonte: O Globo. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/hospital-das-clinicas-de-sp-transforma-salas-de-cirurgia-em-leitos-de-uti-24419196>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

O programa de saúde da família, implantado no Brasil em 1994, também conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), é um exemplo desse tipo de inovação.

Assim, esse modelo pode ser considerado uma inovação de processos no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Ademais, a ESF foi operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais alocadas em Unidades Básicas de Saúde. Esse inovador formato de operacionalização (naquele momento) é um exemplo de inovação de gestão. Desta forma, a combinação de inovação de processos com inovação de gestão caracteriza a ESF como uma inovação sistêmica.

### **Atenção Primária em Saúde (APS)**

A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS), foi descrita pela primeira vez na Inglaterra nos anos 20 do século passado, e foi protagonista no que seria a criação e organização de sistemas de saúde ao redor do mundo (11).

A APS deve ser regionalizada para atender às necessidades da população em seu local de origem, de forma integral, com equidade para que as populações sejam atendidas de forma abrangente dentro de suas necessidades epidemiológicas (12). A APS funciona, no Brasil e no mundo, como porta de entrada para o sistema de saúde (*gatekeeper*). a APS possibilita o cuidado menos intervencionista possível e mais custo-efetivo para os pacientes.

Seu conceito tem sido repetidamente reinterpretado ao longo dos anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma definição coesa baseada nas seguintes questões:

- “Garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente as principais funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção”;
- “Agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde (incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais, bem como das pessoas), por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores”; e
- “Empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de saúde de si mesmos e de outras pessoas”. (13)

Após mais de quarenta anos da Declaração de Alma-Ata, que identifica a atenção primária à saúde como a chave da saúde para todos, líderes mundiais concluem que há uma lacuna no acesso universal a cuidados de qualidade por meio de uma abordagem de atenção primária à saúde (14,15).

Em países europeus, mudanças significativas aconteceram nas últimas quatro décadas, ampliando este desafio. A população europeia está envelhecendo, em muitos países não há controle efetivo dos fatores de risco de doenças não transmissíveis. Além disso, doenças crônicas e lesões contribuem para quadros prevalentes de incapacidades. Do ponto de vista socioeconômico, as desigualdades na saúde estão aumentando. Os cidadãos têm maiores expectativas em relação a cuidados abrangentes, centrados nas pessoas, colaborativos e responsivos, e as crises financeiras globais impactam todo esse quadro (15).

Documentos, políticas, estratégias e resoluções regionais de saúde, de importantes atores no debate internacional de qualidade da atenção à saúde afirmam a necessidade de inovações para promover a atenção primária à saúde equitativa, eficaz, eficiente e responsiva (14–18).

Alguns exemplos de inovações adotadas por vários países para enfrentar esses desafios sistêmicos na Região Europeia incluem a prescrição de medicamentos por enfermeiros e parteiras, escolha pelos usuários do médico de família que acompanhará cada núcleo, integração de serviços de assistência social e de saúde para acordos inovadores de organização e governança. Destaque para a importância da integralidade, debatida no Brasil atualmente na perspectiva da clínica ampliada, com destaque a experiências exitosas em regiões como Vêneto, na Itália, e países como a Lituânia e a Noruega (15).

Destacamos também um aumento da carga prática na formação dos médicos e enfermeiros, in loco em serviços de atenção à saúde da família, foram estratégias utilizadas em países da Europa Oriental e Ásia Central, e países europeus desenvolvidos que oferecem incentivos financeiros, como remuneração mais alta, subsídios ou pagamentos de bônus para incentivar profissionais da saúde da família a trabalhar em áreas carentes (15).

O uso de tecnologias também se destaca à medida que iniciativas de telemedicina proliferaram para alcançar áreas remotas e sub atendidas com atendimento especializado em saúde mental, cardiologia, pneumologia e neurologia. Alguns países da Europa também estabeleceram sistemas de troca de informações sobre saúde para subsidiar a prestação de cuidados integrados (15).

Com base nesses e outros resultados observados principalmente em países da Europa, a OMS estabeleceu uma agenda de prioridades para a inovação em atenção primária à saúde. Os temas da agenda incluem promover resultados equitativos da saúde, atender às necessidades das populações marginalizadas e abordar os determinantes da saúde, prevenir e responder a emergências, integrar serviços entre provedores e ambientes, fortalecer a força de trabalho em saúde, desenvolver novas tecnologias e inovações e promover planos de ação e parcerias multissetoriais (15).

A expansão da APS no Brasil vem acontecendo de forma sistemática nos últimos anos. O aumento desta cobertura está associado a melhoria de diversos indicadores de saúde brasileiros, que serão melhor discutidos mais a frente neste texto. Podemos citar, por exemplo, que as desigualdades de acesso aos serviços de saúde tende a ser reduzida com a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, principal inovação da APS no Brasil, que alcança as populações vulneráveis de forma eficaz (19).

A ESF reorganizou os serviços de saúde, sendo que os serviços de atenção primária passaram a regular o fluxo da assistência das pessoas nos serviços de saúde. As unidades básicas de saúde são a grande porta de entrada para o sistema único de saúde, e são responsáveis por um cuidado mais racionalizado e custo-efetivo. Baseando-se nessa experiência pública, alguns serviços privados têm tentado implantar essa lógica de assistência que, no SUS, visa a integralidade do cuidado. No sistema privado, essa estratégia melhora a experiência do paciente e dá suporte a práticas mais custo-efetivas.

Os dados oficiais do Brasil apontam redução na taxa de internação por diversos agravos de saúde nas últimas duas décadas. Damos destaque a uma redução de 45% nas internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), com tendência de declínio e associação inversamente proporcional com o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família - ESF entre 2001 a 2016, como pode ser observado nos gráficos da figura 2 (20).

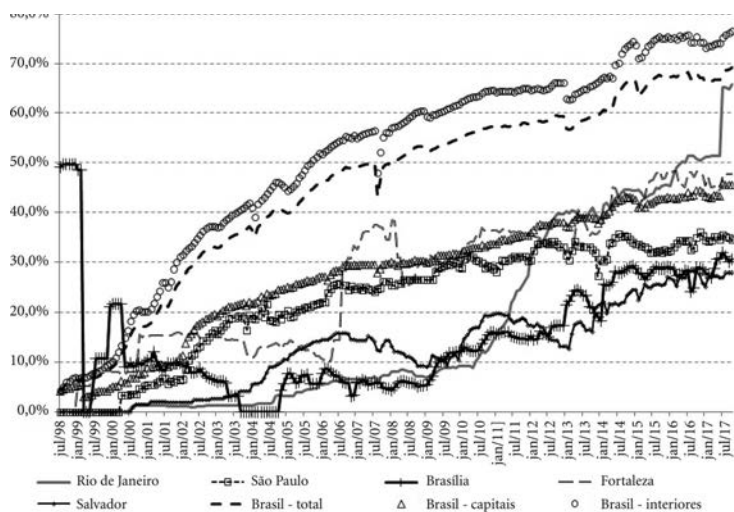


Gráfico 1

Gráfico 2

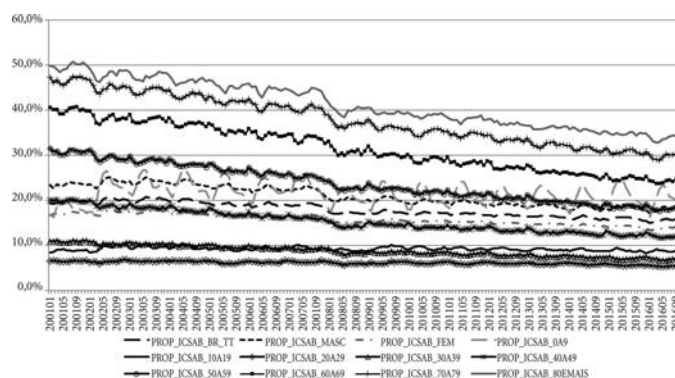


Gráfico 1 Evolução da cobertura de pessoas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família - Brasil e cinco capitais mais populosas - 1998 a 2017.

Fonte: DAB/SAS/ Ministério da Saúde<sup>18</sup>, a partir do número de equipes implantadas. Considerou-se que uma ESF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, estimativas populacionais para o meio do ano do IBGE e Censos Demográficos de 2000 e 2010.

Gráfico 2 Evolução mensal da proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) por sexo e grupos etários - Brasil - 2001-2016. Legenda: PROP\_IC SAB\_BR\_TT = proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica em relação ao total de internações, para todos os municípios do Brasil. PROP\_IC SAB\_MASC = proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) do sexo masculino em relação ao total de internações do sexo masculino. PROP\_IC SAB\_0a9 = proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) entre crianças de 0 a 9 anos, em relação ao total de internações de 0 a 9 anos. E assim sucessivamente para todas as faixas etárias.

Fonte: Elaboração própria a partir da leitura dos arquivos reduzidos das AIHs mensais para o período de 2001 a 2016, extraídos, criticados e tabulados no site do DATASUS/Ministério da Saúde (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>).

Figura 2. Gráficos de evolução da cobertura de ESF e redução das ICSABS (Fonte: Pinto e Giovanella, 2018).

As unidades de saúde que fazem parte da APS no Brasil podem ser geridas por administração direta ou por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e apresentam indicadores semelhantes quando comparados os modelos de gestão (21).

Com o objetivo de responder aos atuais desafios da APS no Brasil, em destaque a necessidade de ampliação do acesso da população às unidades, busca por novo modelo de financiamento baseado em resultados em saúde e eficiência, necessidade de novo modelo de alocação de recursos humanos, em especial médicos, para áreas remotas e necessidade do fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe multiprofissional, recentemente o governo brasileiro adotou a estratégia de propor um novo modelo avaliativo para os serviços da APS. Essa proposta busca investir na qualidade dos dados coletados por sistemas integrados, com monitoração contínua, e mais acesso da população para registrar demandas on-line (22).

## A cadeia de valor da saúde

Uma das formas de compreender o Sistema de Saúde consiste em considerá-lo no contexto de uma cadeia de valor (23,24). Esta pode ser representada por “nove elos, sendo seis verticais e três horizontais. Cada um deles contempla um conjunto específico de atividades” (23). A figura 3 apresenta a cadeia de valor da saúde, com exemplos de atividades em cada um dos nove elos.

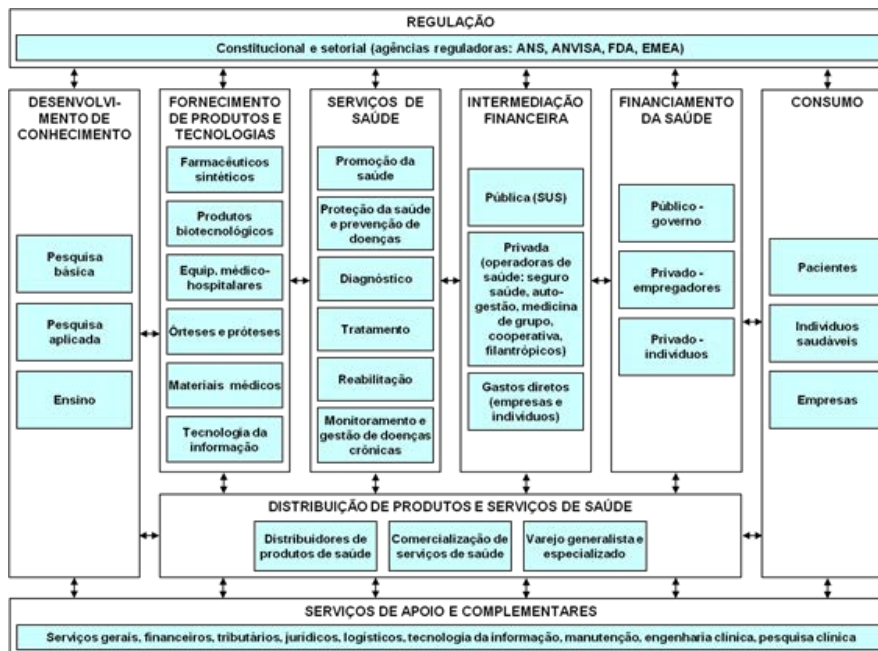


Figura 3. Cadeia de valor da saúde (Fonte: Pedroso e Malik, 2011; 2012).

Segundo Pedroso e Malik, o “conhecimento em saúde é o principal insumo na porção inicial da cadeia e é gerado no primeiro elo vertical, o do desenvolvimento de conhecimento em saúde. No próximo elo, o do fornecimento de produtos e tecnologias, esse conhecimento é transformado e incorporado em produtos (ex.: medicamentos, materiais médicos) e tecnologias de processos (ex.: cirurgias assistidas por robôs) e da informação (ex.: prontuário eletrônico do paciente). Estes, por sua vez, são utilizados pelo elo subsequente - os serviços de saúde – no atendimento aos consumidores finais. O elo vertical seguinte aborda a intermediação financeira do sistema de saúde, cuja função principal é diluir os riscos e repassar os recursos financeiros aos demais. A seguir, a cadeia considera o financiamento, que consiste nos gastos em saúde do governo, das empresas e dos indivíduos. O sexto elo vertical contempla o consumo, realizado pelos pacientes, pessoas saudáveis e empresas, dos produtos e serviços de saúde” (23).

Pedroso e Malik acrescentam que os “três elos horizontais permeiam os verticais acima descritos. O primeiro contempla a atividade de regulação do sistema de saúde, que é gerenciada pelas agências reguladoras (no Brasil, por exemplo, ANVISA e ANS). O segundo elo horizontal aborda as atividades de distribuição e varejo de produtos de saúde, bem como a comercialização de serviços de saúde. Por fim, há o elo horizontal que aborda os serviços de apoio e complementares, tais como os serviços financeiros, tributários, jurídicos, logísticos, de tecnologia da informação, manutenção, engenharia clínica e pesquisa clínica” (23).



Este trabalho foca nas atividades de atenção primária em saúde (APS) que são realizadas no elo de serviços de saúde. Essas atividades são influenciadas por elementos internos ao elo dos serviços de saúde (especificamente os fluxos assistenciais e a jornada do paciente) e por elementos externos, tais como: o financiamento e a intermediação; a incorporação de conhecimentos e tecnologias (que é incentivada pelas políticas públicas de inovação) e a regulação. Estas questões são abordadas e seguir.

### Os elementos influenciadores da inovação na Atenção Primária em Saúde

Com base na base na cadeia de valor da saúde, esse trabalho considera cinco elementos que influenciam a inovação na atenção primária em saúde. Esses elementos são:

- (1) Financiamento e intermediação (com ênfase nos incentivos favoráveis ou desfavoráveis para a inovação);
- (2) Políticas públicas de inovação (que consideram os incentivos para a incorporação de conhecimentos e tecnologias nos serviços de saúde);
- (3) Fluxos na assistência (com ênfase na integração dos fluxos assistenciais nos sistemas público e privado);
- (4) Jornada do paciente (como forma de representar a interação do paciente nos serviços de saúde, particularmente na atenção primária em saúde);
- (5) Regulação (com ênfase nas restrições e diretrizes regulatórias que influenciam a inovação).

A figura 4 ilustra esses elementos no contexto da cadeia de valor da saúde.

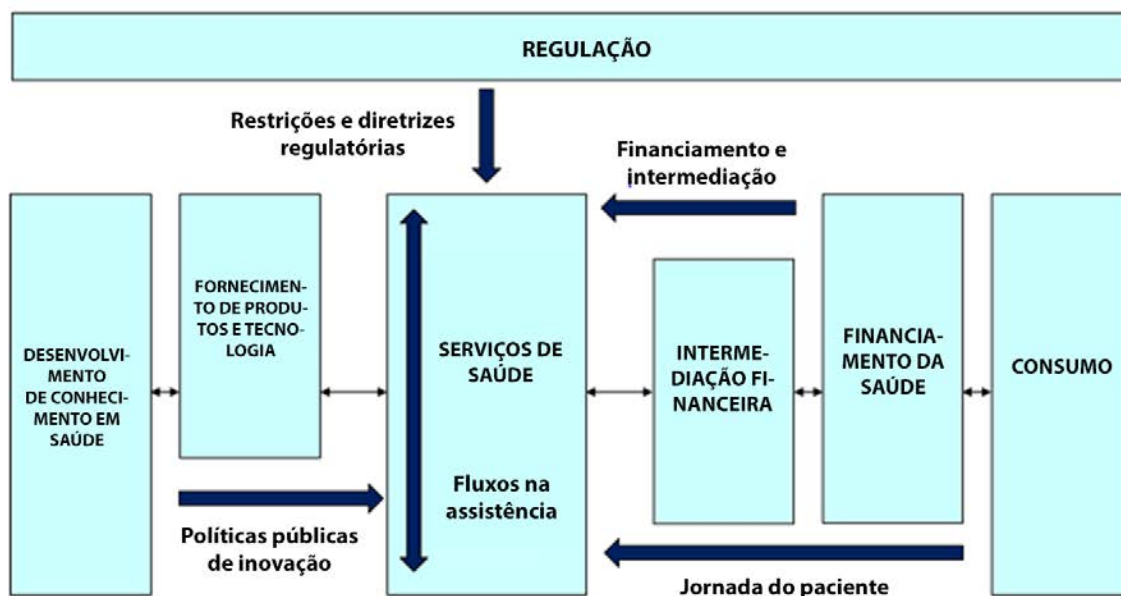


Figura 4. Elementos que influenciam a inovação na atenção primária em saúde.

Como financiamento, conceituamos, de acordo com a lei orgânica da saúde, a viabilização de recursos financeiros necessários à realização das atividades. No caso do SUS, o orçamento principal é da Seguridade Social, mas também pode ser fornecido por “ajuda, contribuições, doações e donativos, alienações patrimoniais e rendimentos de capital, taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS, rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais”, segundo a Lei 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde no Brasil (25).

O financiamento e intermediação na saúde suplementar envolvem ainda mais atores do que na saúde pública, uma vez que fazem parte destes elos da cadeia de valor os empregadores e as pessoas físicas, no elo do financiamento, e as operadoras de saúde, no elo da intermediação. Ademais, temos a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Anvisa como órgãos reguladores das relações entre usuários privados (elo do consumo), empregadores e pessoas físicas (elo do financiamento), operadoras de saúde (elo da intermediação), prestadores de serviços de saúde (elo dos serviços de saúde) e fornecedores de equipamentos, medicamentos e outros materiais médicos (elo do fornecimento de produtos e tecnologias), além das farmácias (elo de distribuição de produtos e serviços de saúde) (23).

O sistema de saúde brasileiro, que possui o SUS e a saúde suplementar, é um sistema misto, como a maior parte dos países, uma vez que não possuímos financiamento e prestação de serviços puramente estatal, financiada por tributos ou privada, baseado na lógica do mercado. No Brasil, este mercado abrange as pessoas protegidas por benefícios trabalhistas ou que optam por adesão coletiva ou individual a planos de saúde, que corresponde a mais de 40 bilhões de brasileiros (26).

As políticas públicas de inovação em saúde são o envolvimento do estado como regulador, incentivador ou financiador de estratégias para a implantação de ações de inovação nas diferentes esferas administrativas (município, estado e federal). A inovação em saúde tem como prerrogativa a melhoria da qualidade de vida e bem estar da população, que também são papéis do estado (27).

Entretanto, também são de interesse da iniciativa privada. É necessário que se reconheça a importância da intersetorialidade para a inovação em saúde (25), para que seja possível o estabelecimento de estratégias abrangendo “educação, pesquisa, financiamento, manufatura/produção, legislações e aspectos regulatórios, gestão de tecnologias e de propriedade intelectual, comércio nacional e internacional e processo de compras públicas” [7].

Assistência é conceituada como o cuidado em saúde, por meio de “ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (25). Fluxos na assistência, por sua vez, falam sobre o cuidado integral em saúde, e na forma como ocorre a jornada do paciente (ou usuário) em seu processo saúde-doença.

[7] Fonte: OPAS - Complexo Industrial e Inovação em Saúde. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=550:complexo-industrial-e-inovacao-em-saude&Itemid=558](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=550:complexo-industrial-e-inovacao-em-saude&Itemid=558). Acesso em 18 de outubro de 2020.

Neste contexto, nos fluxos em saúde consideramos uma ênfase na integração público-privada. No que diz respeito à jornada do paciente, damos um destaque à atenção integral na saúde. A figura 5 ilustra essas questões.

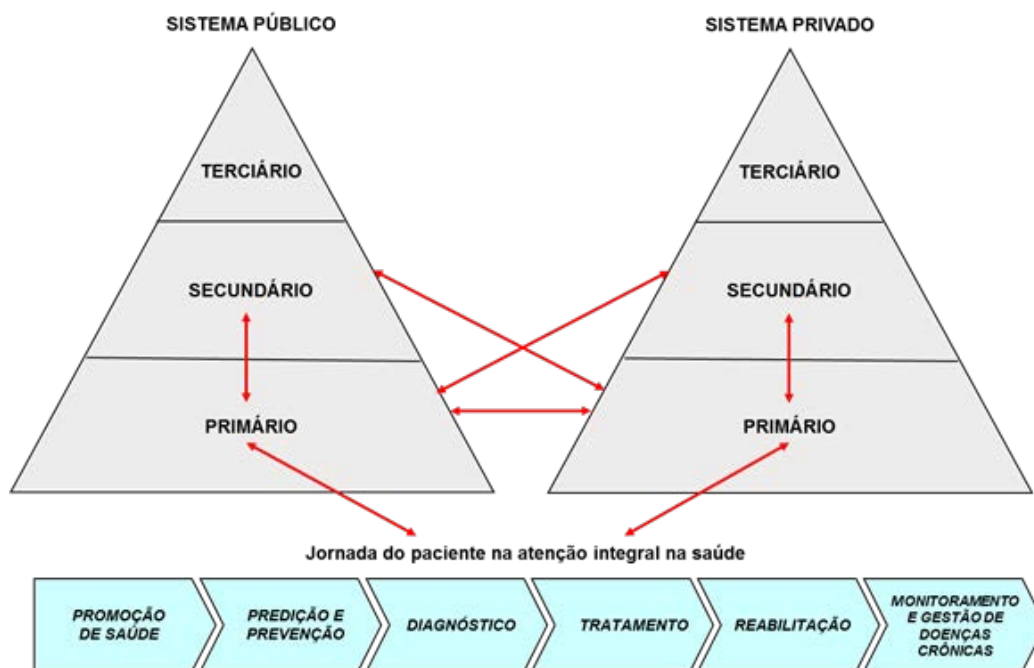


Figura 5. Integração público-privada e assistência integral na saúde.

Regulação é definida pela Política Nacional de Regulação como a ordenação e qualificação dos fluxos de gestão, de modo a otimizar os recursos disponíveis (conforme instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008). Para que a regulação seja efetiva, deve ser feita com transparência. O princípio básico da regulação em saúde no Brasil é garantir a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde. A regulação se dá por meio de avaliações e supervisão realizada com base em diretrizes operacionais e protocolos de regulação (28).

Com o objetivo de contribuir para a compreensão da inovação em atenção primária no Brasil sob o olhar de atores da cadeia de valor em saúde, apresentamos a seguir os resultados de uma pesquisa empírica exploratória e qualitativa. Por meio da entrevista a oito informantes chave sobre o processo de inovação em atenção primária, elaboramos uma análise das perspectivas dos entrevistados. Assim, o desdobramento esperado deste estudo é estimular o debate acerca da inovação na atenção primária como uma proposta de efetivação da integralidade em saúde, além de estimular novos estudos na área, e subsidiar o planejamento e implantação de estratégias inovadoras de cuidado na atenção primária. Os métodos da pesquisa empírica estão descritos com maior detalhe no apêndice deste documento.

## Resultados da pesquisa empírica

### Financiamento

No que diz respeito à categoria financiamento, as falas dos entrevistados concentraram-se em identificar desafios para a inovação em atenção primária. Todos os entrevistados falaram sobre como o financiamento público é insuficiente ou inadequado, com exceção de um entrevistado. Disseram ainda que há desproporção entre financiamento público e privado e que o financiamento insuficiente (ou subfinanciamento) na atenção primária gera inequidade. Citaram também que há pouco investimento no SUS para inovação e novas tecnologias.

A tabela 1 apresenta os fatores que emergiram do discurso dos entrevistados na categoria financiamento.

FATORES RELACIONADOS À ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS	N°	CÓDIGOS RESPONDENTES
1 Financiamento público insuficiente/inadequado	7	E1-E2-E3-E4-E5-E6-E7
2 Desproporção entre financiamento público e privado	5	E1-E2-E4-E5-E7
3 Subfinanciamento da atenção primária gera inequidade	3	E1-E2-E7
4 Pouco investimento no SUS em inovação e adoção de novas tecnologias	3	E5-E6-E7
5 Investimento em atenção primária como oportunidade de <i>best buy</i> (público e privado)	3	E2-E4-E5
6 Subfinanciamento da atenção primária gera desestímulo à inovação	3	E1-E2-E6
7 Ampla cobertura pública em atenção primária (abrangência)	2	E1-E5
8 Estrutura de repasse financeiro limita capacidade de inovação (público)	2	E2-E3
9 Gasto total semelhante aos países OCDE	2	E2-E4
10 Importante haver maior integração entre Estados e Municípios	2	E3-E7
11 Crise econômica pode impactar na redução de beneficiários e gerar seleção adversa (ameaça privada)	1	E4
12 Cenário fiscal pode acarretar limitação ainda maior de recursos em saúde pública	1	E4
13 Desalinhamento entre financiamento, organização e prestação de serviços	1	E3
14 Desigualdades regionais brasileiras influenciam na qualidade da Saúde	1	E8
15 Financiamento privado heterogêneo (múltiplos planos)	1	E6
16 Incentivo financeiro aos fundos privados com melhor desempenho promovem a qualidade	1	E8
17 Inovações de baixo custo e abrangentes	1	E8
18 Investimento em inovação tecnológica como oportunidade de redução de custos ao sistema	1	E7
19 Investimento em inovação tecnológica é maior no setor privado	1	E5
20 Modelo de saúde com três níveis de financiamento coexistentes	1	E8
21 Oportunidade de adoção de modelo OSS em SP ( <i>accountability</i> )	1	E3
22 Oportunidade de cases de financiamento como ACOs - <i>Accountable Care Organizations</i>	1	E3
23 Oportunidade de criação de um ambiente de inovação por meio de incentivo do governo às startups	1	E8

\* Quantidade entrevistados = 8.

Tabela 1. Fatores que emergiram do discurso dos 8 entrevistados na categoria de financiamento.

Damos destaque a alguns trechos dos discursos dos entrevistados que falam principalmente sobre os desafios relacionados ao financiamento em atenção primária.

(...) “Ele tem uma insuficiência tanto do ponto de vista da quantidade de gasto público como do ponto de vista da participação do total de gasto. Nós temos, hoje, 4,5% do PIB aplicado no financiamento público apenas” [E1].

(...) “Gasta mais de 60% do que arrecada em média e alta complexidade, enquanto que a média da OCDE é por volta de 50%. Ou seja, os países desenvolvidos gastam menos em alta e média complexidade do que o Brasil, mostrando que existe uma distorção” [E7].

Como potencialidades/oportunidades, encontramos que o investimento em atenção primária pode ser uma oportunidade de best-buy, tanto nos setores público quanto privado. Esse termo (best-buy) é usado para descrever o melhor produto ou serviço disponível em relação ao preço.

(...) “Apesar da atenção primária ser mal financiada, ela tem um escopo maior de gasto com o SUS, best-buy do SUS seria a atenção primária, aumentaria a eficiência do sistema” [E2].

(...) “Governos têm que fazer escolhas, a escolha de dar uma atenção primária boa e resolutiva em detrimento de gastos para tratamentos específicos que atingem um contingente menor da população. É uma escolha que vai acabar acontecendo, no setor público” [E4].

(...) “E no privado mais recentemente que ele entendeu (o investimento em APS) como forma de reduzir custos e viabilizar o sistema. Então a gente começa a ver muitas empresas contratando médicos de família por exemplo” [E5].

Além disso, alguns entrevistados trouxeram suas experiências internacionais como potencialidades e possíveis inspirações para o modelo brasileiro financiamento em atenção primária e em inovação. Por exemplo, em Israel, o sistema de saúde possui três níveis de financiamento, que são coexistentes.

(...) “Existem três níveis de financiamento coexistentes. O primeiro nível é completamente público. Então nós pagamos taxas de saúde e o governo cobre um pacote de serviços, que inclui praticamente de tudo. O segundo é sub-privado. É um grupo de segurados operado por um fundo de saúde. Cobre diferentes especialistas e alguns procedimentos extras. O terceiro é completamente privado. É um seguro individual. Você paga de acordo com o risco, faixa etária e condições de saúde” [E8].

Destacamos também os trechos que remetem ao pressuposto de que os incentivos financeiros do sistema privado estão associados ao seu desempenho. A satisfação do cliente (ou contratante) está associada à sua permanência no contrato, promovendo a qualidade de políticas e estratégias em saúde no mercado privado.

(...) “Em Israel, somente pegando a perspectiva pública de saúde, existem quatro fundos distintos. Eles competem entre si, sobre satisfação dos pacientes e qualidade. Os seguros têm incentivos para terem os melhores serviços. Se forem bons, as pessoas vão querer mudar de um fundo para outro. Quanto mais pessoas/pacientes eles tiverem, mas receberão do governo. Por exemplo, se abrangerem 1 milhão de beneficiados, receberão o dobro daquele que só tem a metade. Eles têm que dar um melhor serviço, quanto mais membros tiverem, mais eficientes eles serão. Eles recebem o mesmo por cada perfil de paciente (independente de idade, comorbidades), mas quanto mais tiverem (membros), mais eficientes serão” [E8].

Outras potencialidades destacadas pelos entrevistados dizem respeito à potencialidade do uso de tecnologias e empreendedorismo.

(...) “Mudança de pensamento é maior do que a capacidade de financiamento. Se você tem internet, a distância não importa. Você pode atingir o país inteiro” [E8].

Damos destaque também, no discurso de nossos entrevistados, à necessidade levantada da criação de um ambiente de inovação por meio de incentivo do governo às startups e outras organizações, como as Accountable Care Organizations (ACOs).

(...) “Sobre financiamento de inovação, em termos de equipamentos e medicamentos, o governo não é bom em criar. Deveria impulsionar as startups. Isso tem acontecido com o coronavírus, em Israel. O governo não precisa saber tudo, mas se ele puder dar incentivos às startups isso pode ser muito bom. Somente uma em dez serão sucedidas, então não terá que investir muito (a longo prazo)” [E8].

(...) “Eu sou fã dos ACOs, quando tem a atenção primária e hospitais lado a lado, eles recebem um orçamento e tem dados para saber o que está acontecendo com a prestação dos serviços, satisfação dos pacientes e que os pacientes ficam saudáveis” [E3].

Para ilustrar financiamento como elemento influenciador, damos destaque abaixo as palavras que foram mais referidas por nossos entrevistados.



Figura 6. Nuvem de palavras para o elemento influenciador “Financiamento”.

## Políticas públicas de inovação

Novamente, os entrevistados concentraram-se principalmente nos desafios que a política pública para inovação em saúde (ou a falta dela) impõe ao cuidado e ao planejamento de ações no Brasil, como podemos ver abaixo.

Destacaram ainda o papel de destaque das universidades e das instituições de fomento à pesquisa novamente no desenvolvimento das inovações. Ademais, fizeram menção aos trâmites burocráticos que são barreiras a essas políticas, o que também foi citado em outras categorias de análise no presente estudo.

A tabela 2 apresenta os fatores que emergiram do discurso dos entrevistados na categoria políticas públicas de inovação.

FATORES RELACIONADOS À POLÍTICA DE INOVAÇÃO		N*	CÓDIGOS RESPONDENTES
1	Implantação da política de inovação ainda incipiente (pública e privada)	6	E1-E2-E3-E4-E5-E6
2	Inovação no meio público vinculada às Universidades	4	E5-E6-E7-E8
3	Pouco incentivo para criar ambiente de inovação do Brasil	3	E4-E6-E7
4	Incentivo maior para inovação por pressão de mercado (privado)	3	E2-E3-E4
5	Maior espaço de inovação no setor privado	3	E4-E6-E7
6	Limitações de registros e mensuração de cases de inovação em saúde	2	E2-E3
7	Atenção primária como fonte de inovações de processos (público)	2	E2-E4
8	Oportunidades de programa de inovação fomentados por agências (ex: PIPE FAPESP) e (editais IdéiaGov)	2	E5-E7
9	Possibilidade de ampliação de inovações de processos	2	E4-E6
10	Rotinas pouco digitais (Atenção Básica)	1	E1
11	Tele-educação como oportunidade de capacitação de profissionais da atenção primária	1	E7
12	A inovação pode ser desenvolvida pelo privado e se gerida para o bem público	1	E8
13	Adoção de pilotos monitorados e avaliados podem impulsionar inovação	1	E8
14	Ambiente burocrático desestimula inovações no Brasil	1	E6
15	Ausência de ecossistema interconectado limitante à inovação em Saúde	1	E6
16	Uso da telemedicina gera economia ao sistema	1	E8
17	É necessário fortalecimento das estruturas de monitoramento do público ao privado para subsidiar a inovação	1	E8
18	Inovação pode apoiar a organização e comunicação entre os níveis do sistema de saúde	1	E8
19	Necessidade de inovar na gestão do trabalho, gerenciamento de inovação e custos	1	E2
20	Oportunidade de desenvolvimento de inovação dentro do país (Brasil): mais adequada e menos onerosa	1	E7
21	Oportunidades de editais e fundos estrangeiros que impulsionem políticas de telessaúde públicas	1	E7
22	Programas de inovação (FAPESP) em risco de subfinanciamento	1	E7

\* Quantidade entrevistados = 8.

Tabela 2. Fatores que emergiram do discurso dos entrevistados na categoria políticas públicas de inovação.

Destacamos nas falas de nossos entrevistados, como oportunidades, a integração público-privada de modo transacional. Isso se refere, principalmente, ao uso de leitos e recursos ociosos nos serviços privados que, com frequência, são necessários nos serviços públicos.

(...) “No contexto da pandemia houve uma integração positiva. Em muitos estados houve uma aproximação e compartilhamento de leitos de UTI” [E1].

(...) “Na pandemia, o setor público compra a ociosidade do privado. Tinha que ser assim. Talvez aperfeiçoe a forma de fazer contratos” [E2].

Como desafios, houve um destaque à falta de integração público-privada no âmbito assistencial.

(...) “Quase inexistente, os dois setores mal se conversam” [E5].

(...) “Do ponto de vista do indivíduo, do paciente ou segurado, (a integração público-privada) é inexistente” [E2].

Nas oportunidades no âmbito do olhar externo, percebemos destaque novamente a questão da satisfação e do custo-benefício das intervenções como importantes resultados na busca pela implantação de inovações em saúde.

(...) “Em Israel, os serviços públicos e privados se cooperam. Você não tem diferença entre os sistemas. Todos têm o cuidado primário e você pode usar recursos privados, farmácias, por exemplo, que o seguro público possui acordo de fornecimento” [E8].

Para ilustrar “Integração Público-Privada” como elemento influenciador, damos destaque abaixo as palavras que foram mais referidas por nossos entrevistados.



Figura 7. Nuvem de palavras para o elemento influenciador “Políticas Públicas”.



## Fluxos na assistência e integração público-privada

Destacamos nesta figura os mesmos sujeitos destacados no elemento anterior, mas agora com o surgimento de atores como as empresas e ações como a pesquisa e desenvolvimento, parcerias e teleconsulta.

Na questão de fluxo de assistência, nossos entrevistados trouxeram questões relacionadas a integração dos sistemas público e privados, como algo incipiente, burocratizado e desafiador no Brasil.

A tabela 3 apresenta os fatores que emergiram do discurso dos entrevistados na categoria fluxos na assistência (integração público-privada).

FATORES RELACIONADOS À INTEGRAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA	Nº	CÓDIGOS RESPONDENTES
1 Integração público-privada ocorre de modo transacional (uso de leitos)	5	E1-E2-E4-E6-E7
2 Falta de integração público-privada no âmbito assistencial (fragmentação)	4	E1-E2-E4-E5
3 Burocratização na relação público-privada	3	E1-E2-E7
4 Falta de integração público-privada como limitador para inovação	3	E2-E4-E7
5 Oportunidade de integração por modelo de OSS	2	E3-E7
6 Integração público privada pode impulsionar inovações tecnológicas (exigem maior recurso)	2	E4-E6
7 Integração público-privada na atenção primária é inexistente	2	E2-E5
8 Tecnologias como prontuário eletrônico podem ser promotoras na integração público-privada	2	E3-E5
9 Cooperação público-privada com foco na continuidade do cuidado, independente de quem paga	1	E8
10 Falta de confiabilidade no Estado por empresas privadas	1	E7
11 Fragmentação da atenção à saúde e falta de comunicação entre os níveis limita a inovação	1	E8
12 Inovação na atenção primária requer mudanças de paradigma (aumento de escopo de serviços e agilidade do Estado)	1	E2
13 Modelo público de provisão estatal dificulta integração público-privada	1	E2
14 Possibilidade de integração por escalas econômicas.	1	E1

\* Quantidade entrevistados = 8.

Tabela 3. Fatores que emergiram do discurso dos entrevistados na categoria fluxos na assistência (integração público-privada).

Destacamos nas falas de nossos entrevistados, como oportunidades, a integração público-privada de modo transacional. Isso se refere, principalmente, ao uso de leitos e recursos ociosos nos serviços privados que, com frequência, são necessários nos serviços públicos.

(...) “No contexto da pandemia houve uma integração positiva. Em muitos estados houve uma aproximação e compartilhamento de leitos de UTI” [E1].

(...) “Na pandemia, o setor público compra a ociosidade do privado. Tinha que ser assim. Talvez aperfeiçoe a forma de fazer contratos” [E2].

Como desafios, houve um destaque à falta de integração público-privada no âmbito assistencial.

(...) “Quase inexistente, os dois setores mal se conversam” [E5].

(...) “Do ponto de vista do indivíduo, do paciente ou segurado, (a integração público-privada) é inexistente” [E2].

Nas oportunidades no âmbito do olhar externo, percebemos destaque novamente a questão da satisfação e do custo-benefício das intervenções como importantes resultados na busca pela implantação de inovações em saúde.

(...) “Em Israel, os serviços públicos e privados se cooperam. Você não tem diferença entre os sistemas. Todos têm o cuidado primário e você pode usar recursos privados, farmácias, por exemplo, que o seguro público possui acordo de fornecimento” [E8].

Para ilustrar “Integração Público-Privada” como elemento influenciador, damos destaque abaixo as palavras que foram mais referidas por nossos entrevistados.



Figura 8. Nuvem de palavras para o elemento influenciador “Integração Público-Privada”.

Nesta figura, damos destaque a serviços de saúde como hospitais, cooperação, alusão à gestão nos verbetes município, governo, privado, o surgimento de procedimentos como exames, e a preocupação com a questão da especialidade e tecnologia.

## Jornada do paciente

Sobre o cuidado direto ao paciente, nossos entrevistados referem que a inovação pode melhorar a qualidade, acesso, administração e oferecimento do serviço prestado. De forma geral, isso pode gerar uma melhoria na experiência do paciente. A tabela 4 apresenta os fatores que emergiram do discurso dos entrevistados na categoria jornada do paciente.

FATORES RELACIONADOS À JORNADA DO PACIENTE		N*	CÓDIGOS RESPONDENTES
1	Oportunidades de inovações nos sistemas público e privado com enfoque no paciente	4	E4-E5-E6-E7
2	Trajetória pública pouco efetiva (jornada do paciente)	3	E1-E2-E4
3	Excesso de esperas na jornada do paciente público	2	E2-E4
4	Inexistência de integralidade do cuidado por fragmentação da atenção em saúde	2	E3-E5
5	Reputação negativa da atenção primária (escopo limitado)	2	E3-E5
6	Sistema de regulação privado inexistente (acesso) e desigual entre os planos	2	E1-E2
7	Ampliar a incorporação de serviços na atenção primária (aumento de escopo a partir da inovação com foco na integralidade)	2	E2-E7
8	Experiências positivas de regulação privada (modelo verticalizado)	2	E1-E4
9	A transparência de dados pode proporcionar melhoria do sistema de saúde (jornada do paciente)	1	E7
10	Digitalização dos processos de atendimento permitem visão holística do paciente (jornada do paciente)	1	E6
11	Inovação permite comunicação mais eficiente entre os profissionais (integralidade)	1	E5
12	Inovações centradas no paciente de baixo custo e alta resolutividade	1	E8
13	Jornada do paciente é facilitada pela contratualização de serviços privados pelo fundo público (experiência Israel)	1	E8
14	Oportunidade de ampliação da atuação multiprofissional na atenção básica	1	E7

\* Quantidade entrevistados = 8.

Tabela 4. Fatores que emergiram do discurso dos entrevistados na categoria jornada do paciente.

Como dito anteriormente, destacamos também a experiência e satisfação do paciente, com frequência referida pelos entrevistados.

(...) “Inovações que tragam essas necessidades do indivíduo, podem surgir. Você não quer ser apenas um número” [E4].

(...) “O fluxo do paciente acaba sendo geográfico. As inovações podem mudar isso. Por que não tornar o primeiro contato por telemedicina?” [E6].

(...) “O paciente com uma doença crônica vai a alta complexidade, ele é monitorado, mas deve retornar a atenção primária, e não dá para devolvê-lo a atenção primária se lá não tem estrutura, então o desenvolvimento de devices para o paciente ter condição de avaliar sua pressão, avaliar a sua glicemia e coisas básicas de tecnologia e aplicativos, poderia fazer com que o paciente pudesse ser acompanhado a distância, acompanhado em casa com total segurança reduzindo seus custos e desonerando o sistema” [E7].

Como desafios, houve um destaque à trajetória do paciente no serviço público como sendo pouco efetiva.

(...) “A jornada do paciente esbarra na falta de acesso e falta de oferta, uma questão estrutural” [E4].

(...) “Trajetória tortuosa de acesso e efetividade do tratamento” [E2].

(...) “A jornada do paciente esbarra na falta de acesso e falta de oferta, uma questão estrutural” [E4].

Nas oportunidades no âmbito do olhar externo, notamos inovações centradas no paciente com ênfase no baixo custo e alta resolutividade.

(...) “Por exemplo, equipamentos simples como eletrocardiógrafo ou medidor de pressão, não são caros. Mas eles economizam para o sistema e evitam visitas diretas aos consultórios médicos. Os pacientes podem fazer tudo de casa. Custam apenas alguns dólares e resolvem. É possível financiá-los. Você pode tirar fotos do celular, pode usar as tecnologias que damos para os pacientes checarem taxas pulmonares e outros parâmetros fisiológicos. Você pode usar alguns equipamentos para autocuidado (kits diagnósticos, enviar foto por celular para o médico). Não é dinheiro, é o modo de pensar” [E8].

(...) “Em Israel, os serviços públicos e privados se cooperam. Você não tem diferença entre os sistemas. Todos têm o cuidado primário e você pode usar recursos privados, farmácias, por exemplo, que o seguro público possui acordo de fornecimento” [E8].

Para ilustrar “Jornada do Paciente” como elemento influenciador, damos destaque abaixo as palavras que foram mais referidas por nossos entrevistados.



Figura 9. Nuvem de palavras para o elemento influenciador “Jornada do Paciente”.

Nesta figura, vemos a apresentação gráfica da importância de ferramentas como a telemedicina, o diagnóstico, e dos protocolos como facilitadores no processo da jornada do paciente.

## Regulação

Os entrevistados deram amplo destaque aos desafios impostos pela regulação em saúde no país. Segundo eles, a regulação é pouco efetiva, o que dificulta a inovação. Neste caso, obtivemos também sugestões de que a inovação e a adoção de novas tecnologias podem melhorar o próprio processo de regulação.

A tabela 5 apresenta os fatores que emergiram do discurso dos entrevistados na categoria regulação.

FATORES RELACIONADOS À REGULAÇÃO		N*	CÓDIGOS RESPONDENTES
1	Regulação pouco efetiva (pública)	4	E1-E2-E3-E4
2	A inovação pode aperfeiçoar a regulação com impacto na jornada do paciente no sistema (fluxos ágeis)	3	E5-E6-E7
3	Ausência de critérios (diretrizes) que se permita a inovação	3	E2-E3-E4
4	Desafio estrutural do Estado brasileiro limita a inovação	3	E2-E4-E6
5	Regulação pouco efetiva (privada)	3	E1-E3-E4
6	Oportunidade de integração para mudar desfechos (exemplo cesáreas no privado)	1	E3
7	Falta de estrutura e impacto em limitação de acesso no setor público	1	E4
8	Falta de regulação na atenção primária	1	E3
9	Inexistência de Regulação com enfoque em qualidade	1	E3
10	Inovação na atenção primária requer mudanças de paradigmas (aumento de escopo e agilidade do Estado)	1	E3
11	Inovação por meio de pilotos e posterior regulação	1	E8
12	Oportunidade de aprimorar banco de dados da atenção primária (informações) a partir da digitalização	1	E1
13	Oportunidade na criação de um braço de regulação em inovação que permita a experimentação	1	E6
14	Regulação bastante heterogênea no Brasil	1	E5
15	Regulação não leva em consideração variedades regionais	1	E2
16	Regulação privada em modelos verticalizados é mais forte	1	E4
17	Possibilidade de sistema fortemente regulado, mas com incorporação tecnológica	1	E8

\* Quantidade entrevistados = 8.

Tabela 5. Fatores que emergiram do discurso dos entrevistados na categoria regulação.

No destaque do discurso de nossos entrevistados, encontramos que a inovação pode aperfeiçoar a regulação com impacto na jornada do paciente no sistema, ao aumentar a agilidade dos fluxos e processos, bem como facilitar o acesso ao cuidado necessário.

(...) “A questão da Regulação, se não funcionar, não adianta ter uma atenção primária ou secundária boa se nosso sistema de Regulação não é eficaz. E nesse sistema de regulação a tecnologia também é necessária, ou seja, temos que ter um sistema eficiente de marcação de consultas de trânsito do paciente na rede” [E7].

(...) “A gente pensa muito na estrutura, na tecnologia, na regulação. Existe uma necessidade de olhar para dentro, olhar para o usuário. É necessário pensar na pessoa que precisa estar lá do outro lado, o seu engajamento” [E6].

Como desafios, os entrevistados citaram que a regulação no setor público é ainda muito frágil.

(...) “Ela evoluiu bastante nos últimos anos, mas está longe de trazer os incentivos adequados. É preciso fazer uma análise do impacto regulatório do que temos em estoque e revisará-lo” [E4].

(...) “Não tem regulação no setor público, tem controles” [E3].

Como oportunidades destacadas pelo olhar externo, os entrevistados deram exemplos de como o sistema pode ser regulado e, ao mesmo tempo, possibilitar acesso às inovações efetivas, principalmente no que diz respeito a tecnologias usadas na saúde. O sistema de saúde de Israel é fortemente regulado, porém se as tecnologias forem comprovadamente efetivas, elas são incorporadas e se tornam acessíveis aos usuários. Também há destaque à inovação por meio de pilotos, que são revistos e reorganizados para posterior implantação.

(...) “Se você estiver falando de equipamentos médicos, eles também são regulados. Como falei no início, você pode acessá-los de sua casa. É difícil de regular, mas depois que provados efetivos todos podem ter acesso” [E8].

(...) “Telemedicina na atenção primária, iniciou com um piloto. Mas então o governo pensou que deveria ser regulada. Pontos como segurança, privacidade do paciente, estabelecimento do que pode ser feito e o que não pode ser feito online. Havia uma série de questões a serem pensadas e iniciar a Regulação, é importante. Iniciaram com algo não muito bem regulado e foram aprimorando” [E8].

Para ilustrar “Regulação” como elemento influenciador, damos destaque abaixo as palavras que foram mais referidas por nossos entrevistados.



Figura 10. Nuvem de palavras para o elemento influenciador “Regulação”.

No que tange à regulamentação, há uma preocupação com a mudança, com o acesso e com necessidades do sistema. Há, ainda, possíveis obstáculos como corporativismo, necessidade de amadurecimento do sistema, e maior segurança e confiança.

### Uma discussão sobre os resultados da pesquisa empírica

As análises sobre os dados coletados na pesquisa de campo foram realizadas com base nos cinco elementos influenciadores, a citar: financiamento, políticas públicas de inovação, fluxos na assistência (integração público-privada), jornada do paciente e regulação. Os resultados são apresentados segundo três categorias: oportunidades baseadas em perspectiva interna; oportunidades baseadas em perspectiva internacional; e desafios.

A tabela 6 apresenta um resumo dos principais resultados identificados na pesquisa de campo (ou empírica).

ELEMENTOS INFLUENCIADORES	OPORTUNIDADES (perspectiva interna)	OPORTUNIDADES (perspectiva externa)	DESAFIOS
(1) Financiamento	Investimento em atenção primária como oportunidade de best buy (público e privado)	Oportunidade de criação de um ambiente de inovação por meio de incentivo do governo às startups	Financiamento público insuficiente/inadequado
(2) Políticas Públicas de Inovação	Atenção primária como fonte de inovações de processos (público)	A inovação pode ser desenvolvida pelo privado e ser gerida para o bem público	Implantação da política de inovação ainda incipiente (pública e privada)
(3) Fluxos na Assistência (integração público-privada)	Integração público-privada ocorre de modo transacional (uso de leitos)	Cooperação público-privada com foco na continuidade do cuidado, independente de quem paga	Falta de integração público-privada no âmbito assistencial (fragmentação)
(4) Jornada do paciente	Oportunidades de inovações nos sistemas público e privado com enfoque no paciente	Jornada do paciente é facilitada pela contratualização de serviços privados pelo fundo público (experiência Israel)	Trajectoria pública pouco efetiva (jornada do paciente)
(5) Regulação	A inovação pode aperfeiçoar a regulação com impacto na jornada do paciente no sistema (fluxos ágeis)	Possibilidade de sistema fortemente regulado, mas com incorporação tecnológica	Regulação pouco efetiva (pública)

Tabela 6. Principais resultados identificados na pesquisa de campo.

### Financiamento e suporte ao desenvolvimento de inovação

Na pesquisa de campo, encontramos a oportunidade de adoção diferentes tipos de inovação na atenção primária. Algumas entrevistas destacaram que o governo possui dificuldade em inovar, centraliza demasiadamente os esforços nas universidades e deixa de unir esforços com startups. Estas têm o potencial de criação de medicamentos ou novos produtos efetivos que podem ser disponibilizados nos serviços de saúde. Este também é um dos tipos de inovação (produtos e serviços) relatado pela literatura.

No Brasil, há exemplos de colaborações como estas, onde organizações não governamentais, por exemplo, se unem no propósito de disseminar boas práticas em saúde com secretarias municipais e estaduais, e produziram resultados significativos (29).

De uma forma mais ampla, pensando em inovações organizacionais, a literatura recente aponta a necessidade de inovações para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (30). Há um subfinanciamento histórico na atenção primária no país, assim como em outros países em desenvolvimento, e uma resposta à lacuna que o subfinanciamento deixa no cuidado à população é o investimento em inovações frugais (30).

A importância da participação social durante todo o processo de implantação de inovações, por meio, por exemplo, da pesquisa sobre satisfação do usuário, também foi presente no discurso dos entrevistados e também tem sua importância destacada na literatura (30). Os interessados não são somente os usuários e familiares assistidos nos serviços de saúde. Por meio do discurso dos entrevistados podemos concluir que a implantação de inovações na atenção primária também deve avaliar as expectativas das equipes de saúde, a necessidade percebida pelos trabalhadores da implantação da inovação e uma avaliação da compatibilidade da inovação com as rotinas já colocadas na atenção primária, o que é corroborado pela literatura (31).

O papel de destaque das universidades levantado pelos entrevistados e apontado pela literatura também merece atenção. As universidades têm potencial para a pesquisa e desenvolvimento de inovação de todos os tipos, e devem trabalhar para que se aproximem cada vez mais da sociedade civil, organizações e sistema privado e dos serviços de saúde públicos e privados. Esta união possui diversas experiências exitosas na implantação de inovações no SUS (32–34).

### **Políticas públicas de inovação**

Mudanças no sistema legal como proibição ou liberação de consumos, de produtos e serviços, de acordo com novas evidências em saúde podem ser encaradas como inovações a nível de políticas públicas (35).

No Brasil, novos problemas de saúde resultantes da grande urbanização e mudanças nos comportamentos sociais definem constantemente novas políticas de saúde, como, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família, que tem papel importantíssimo na melhoria da saúde e da qualidade de vida, principalmente das populações periféricas. A administração de nosso país de dimensões continentais é um desafio e demanda parcerias e um chamado a ações que engajem o sistema político, a população e o sistema privado para que estejamos cada vez mais próximos de garantir a todos os cidadãos o direito a um cuidado integral, com equidade e universal (36,37).

A demanda urgente por políticas públicas abrangentes e inclusivas foram apresentadas no discurso de nossos entrevistados, quando dizem sobre as dificuldades em se estabelecer essas políticas no Brasil, o quanto o diálogo intersetorial é dificultado e o quanto, apesar de inúmeras melhoras, ainda estamos longe de atingir políticas satisfatórias de inovação em saúde.

Um exemplo de como a necessidade por inovação em saúde pode ter espaço de destaque na agenda governamental é o caso do Irã, que possui desde os anos 2000 um plano de longo termo que inclui fomentar pesquisas, busca por experts, avaliação dos serviços por meio de indicadores para a implantação de políticas e estratégias inovadoras que contribuam com a equidade no cuidado, expansão da promoção da saúde e estratégias de prevenção (38). O sistema de saúde do Irã sofreu diversas reformas nas últimas 4 décadas e apresenta diversas melhorias (e muitos desafios) que estão, de acordo com a literatura, relacionadas a potencialidade de políticas inovadoras (36).



## Fluxos na assistência e jornada do paciente

A questão da redução de custo dos procedimentos na atenção primária tem sido foco das ações de inovação, o que é difundido na literatura internacional (1). Essa busca não é exclusiva do setor público, uma vez que a pesquisa de campo ressaltou que o setor privado tem investido em estratégias semelhantes às propostas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que seria um exemplo de como o diálogo e as evidências da qualidade do setor público podem influenciar as ações do setor privado.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu no início do estabelecimento do Sistema Único de Saúde e foi uma das maiores inovações públicas em saúde no Brasil. Seu objetivo foi melhorar o fluxo e acesso de cuidado em atenção primária para aumentar cobertura e acesso à saúde no Brasil, com reconhecimento internacional e impactos significantes na redução de morte infantil, ampliação de pré-natal, cobertura de imunizações, promoção da saúde e cuidados de prevenção primária e secundária a doenças crônicas reduzindo, inclusive, o número de hospitalizações, o que além de imprescindível do ponto da saúde individual do cidadão brasileiro, atende à demanda por redução do custo de serviços por parte do governo (39–43).

Países em desenvolvimento, de uma forma geral, tem desempenhado papel de destaque. Inovações realizadas na Índia, por exemplo, têm servido de inspiração para países desenvolvidos que possuem lacunas no cuidado em saúde. Essa experiência indica que, para que essa redução de custo seja substancial e efetiva, é necessário investir em inovações que tenham como foco a liderança e estilo de gestão dos serviços (44). Esse tipo de inovação, denominada como inovação frugal pela literatura, são inovações motivadas por restrições de recursos e a necessidade de fornecer determinados serviços e produtos, demandando estratégias que tenham alto custo-benefício (45–47).

As inovações frugais são interessantes para sociedades em desenvolvimento, e podem ser um recurso para governos na formulação de políticas e convênios entre setores públicos e privados. Em muitos casos elas podem ajudar a superar lacunas, o que melhora a qualidade de produtos e serviços para as populações (45).

As inovações de processo, frequentemente relatadas pelos entrevistados, são conhecidas por melhorar o processo de produção dos serviços, e tornar os processos de cuidado mais efetivos (29).

Há um investimento grande da organização mundial da saúde, por exemplo, no estudo e implantação de estratégias de task-shifting. Para tanto, profissionais de saúde menos especializados são treinados para cumprir funções de especialistas em atividades de menor complexidade. Isso pode ser realizado com supervisão, ou mesmo com a ajuda de recursos tecnológicos, tais como aplicativos, software, telemedicina, entre outros. O objetivo é prover acesso a serviços de qualidade para diversos agravos em saúde, principalmente em países onde há vulnerabilidades e lacunas importantes no cuidado (48–51).

Uma boa estratégia encontrada na literatura é o investimento em equipamentos de saúde que podem ser levados ao domicílio de um paciente acamado por doença crônica (29). O paciente acamado, que não pode ir ao serviço de saúde, não recebe o tratamento para que não piore (prevenção secundária), que pode resultar em hospitalização permanente. Isso poderia ser resolvido caso adquiridos alguns equipamentos móveis (insumos tecnológicos, como oxímetro, por exemplo), que podem ser utilizados com outros pacientes com morbidades semelhantes. Isso economiza recurso e melhora a qualidade de vida do paciente e de sua família.

Ações que busquem otimizar adesão ao cuidado, por exemplo, também reduzem custos e melhoram os resultados clínicos do indivíduo e da comunidade. Desta forma, além de desenvolver intervenções eficazes, as inovações devem também potencializar acesso e adesão para que o objetivo do cuidado integral seja atingido nos serviços de saúde (29).

## Regulação e inovação

No que diz respeito à regulação, a pesquisa de campo destacou principalmente questões relacionadas aos desafios burocráticos e excesso de controle. Tais questões, muitas vezes, atuam como barreira à implantação de inovações em saúde.

A dialética entre o público e o privado, os quais são os limites do controle e as responsabilidades do estado em fiscalizar os serviços prestados, tanto no âmbito público quanto no privado, são assunto de discussão de pesquisas na área de saúde há muitas décadas. Destaca-se essa confusão e insatisfação no que se relaciona a esses processos de regulação na literatura, assim como o observado na fala de nossos entrevistados (52).

O desafio de encontrar um modelo regulatório para a atenção primária ainda não foi superado. Esse desafio é potencializado pelo crescimento dos recursos investidos na atenção básica, porém com financiamento federal fragmentado (53). Há programas específicos que aparecem com interesses mais políticos, de marcar, por exemplo, a alternância do governo, e menos voltados às necessidades das populações, o que faz com que o processo de regulação seja enviesado. Um exemplo é o recente programa “Saúde na Hora”, que modifica o papel das unidades básicas de saúde para um modelo menos comunitário e mais ambulatorial, na contramão do que é preconizado pela OMS (54,55). Podemos citar também o programa “Médicos pelo Brasil”, que destoa do investimento histórico na formação de médicos especializados em saúde da família que, assim como os outros investimentos na ESF, foram responsáveis pela expansão e melhoria dos indicadores de saúde nas três últimas décadas em nosso país (54).

O destaque que nossos entrevistados dão ao fato de que sistemas de informação ou tecnologias como inovação podem inclusive facilitar o processo de regulação também é algo já desejado em outros cenários, além da atenção básica em saúde. Podemos citar, como exemplo, os serviços de urgência e emergência que são extremamente onerosos e, ao mesmo tempo, imprescindíveis. Há um pressuposto na leitura de especialistas de que os investimentos em sistemas de informação inteligentes auxiliariam a regulação desse setor da saúde (56).

Estudo recente no Rio de Janeiro concluiu que os processos de regulação de vagas para consultas e procedimentos, por exemplo, tem gerado uma ineficiência no atendimento da demanda da população (57). É mais do que necessário, portanto, investir em estratégias que tornem o processo de regulação mais eficiente e flexível.

## Implicações e sugestões para impulsionar a inovação na Atenção Primária em Saúde no Brasil

As análises das informações da pesquisa de campo, em conjunto com dados de produções científicas sobre os temas em discussão, geraram um conjunto de possíveis soluções e proposições para fomentar a inovação em atenção primária no Brasil. Estas são apresentadas a seguir.

### 1. Repensar a estrutura do financiamento do sistema de saúde.

Um dos principais desafios do sistema de saúde brasileiro está associado à alocação insuficiente de recursos ao sistema público de saúde. Em 2017, as despesas com saúde no Brasil corresponderam a R\$ 608,3 bilhões, o que significa algo entre 9,2% [8] e 9,5% [9] do PIB (Produto Interno Bruto). Assim, esse indicador [10] está relativamente próximo à média mundial (9,9%) e compatível com a faixa esperada, particularmente quando comparado com alguns países membros da OECD, tais como Israel (7,4%), Itália (8,8%), Espanha (8,9%), Portugal (9,0%), Reino Unido (9,6%), Canadá (10,6%), Japão (10,9%), Alemanha (11,3%) e França (11,3%) (também considerando dados de 2017) [11].

[8] Fonte: IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26444-despesas-com-saude-ficam-em-9-2-do-pib-e-somam-r-608-3-bilhoes-em-2017>.

[9] Fonte: World Bank. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>.

[10] Em inglês, "Total expenditure on health as a percentage of Gross Domestic Product".

[11] Dados do World Bank. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>.

No mesmo ano, o financiamento público como um percentual do financiamento total [12] correspondeu a 41,9% no Brasil, o que está distante da média mundial (59,5%). Ademais, é muito inferior aos países supracitados, que apresentam os seguintes indicadores: Israel (63,6%), Itália (73,9%), Espanha (70,6%), Portugal (66,3%), Reino Unido (79,4%), Canadá (73,7%), Japão (84,1%), Alemanha (77,7%) e França (77,1%) [13].

Esses números remetem a uma deficiência na equidade da distribuição dos recursos de saúde, um dos principais indicadores do financiamento de saúde para cobertura universal de saúde (58).

O subfinanciamento do sistema público de saúde brasileiro limita os investimentos na Atenção Primária em Saúde (APS). Podemos assumir que os investimentos em APS podem promover um efetivo retorno, principalmente quando esses investimentos são alocados adequadamente à prevenção de doenças e à consideração da APS como porta de entrada para os demais níveis de atenção. Assim, menores investimentos em APS podem restringir a eficiência na alocação dos recursos em saúde, que também é um dos principais indicadores do financiamento de saúde para cobertura universal de saúde (58).

Neste contexto, sugerimos estudos e ações com o intuito de repensar a estrutura do financiamento do sistema de saúde do Brasil.

**2. Incentivar o debate sobre o projeto do sistema de saúde brasileiro, particularmente no sentido de um sistema integrado no âmbito público e privado. Para tanto, considerar experiências internacionais bem-sucedidas.**

A fragmentação decorrente da falta de integração público-privada no âmbito assistencial é um grande desafio que transcende a APS. Hoje a relação público-privada ocorre de modo transacional, seja pelo uso público de leitos privados (majoritariamente de Santas Casas de Misericórdia) ou pela contratação de Organizações Sociais de Saúde (OSS). É possível ir além e promover a cooperação público-privada com enfoque em inovações que possibilitem a continuidade do cuidado, independentemente da fonte pagadora.

Estudos de natureza estratégica (ou estrutural) podem considerar comparações com sistemas de saúde de outros países. O sistema de saúde público do Brasil (SUS) adota, em linhas gerais, o denominado modelo Beveridge. O sistema privado (ou de saúde suplementar) convive com o SUS, porém com limitada integração. Outros modelos de saúde poderiam ser estudados visando promover essa integração como, por exemplo, o modelo Bismarck, adotado na Alemanha, e o modelo de Seguro de Saúde Nacional (ou National Health Insurance Model), adotado no Canadá.

De forma mais pontual, podemos citar o uso de sistemas inteligentes de integração de informação. Desta forma, o paciente pode se beneficiar da acessibilidade às suas informações de saúde, independente da gestão do serviço onde é atendido. O cuidado parcelado pode trazer ineficiências à gestão em saúde, como intervenções repetidas e desnecessárias. Nos Estados Unidos da América, algumas organizações sociais vêm defendendo a busca pela integração da informação do paciente, de forma segura, demonstrando resultados interessantes.

[12] Em inglês, "Domestic general government health expenditure (% of current health expenditure)".

[13] Dados do World Bank. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS>.

[14] Baseado em: <https://www.intersystems.com/news-events/news/news-item/integration-public-private-health-information-exchanges-aims-enhance-population-health-management/>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

[15] Baseado em: <https://www.segs.com.br/saude/236738-centro-de-inovacao-tecnologica-do-hospital-das-clinicas-e-governo-do-estado-unem-esforcos-no-combate-a-covid-19>

### 3. Avançar em uma política nacional de inovação em saúde.

A implantação de políticas públicas e privadas de inovação ainda é incipiente e frágil. Sugerimos considerar a implantação de uma política de inovação específica para a APS, devendo contemplar investimento em Pesquisa e Desenvolvimento e diretrizes para transformar as práticas nos municípios e estados. As organizações sociais poderiam se unir neste sentido. Estratégias como a da Secretaria de Desenvolvimento Econômico do Governo do Estado de São Paulo, que criou o IdeiaGov, um hub de inovação que busca soluções de mercado e da sociedade para os desafios do Governo, pode ser uma incubadora de inovações que tragam custo-efetividade para a atenção primária em saúde. Esta estratégia é parceira do Inova HC e possui propostas que facilitam a regulação, compras e outros processos para garantia do cuidado, o que é uma resposta a algumas das preocupações levantadas na pesquisa de campo.

[16]

### 4. Repensar o desenho dos fluxos assistenciais, com ênfase na integração da APS aos níveis de atenção secundária e terciária. No sistema privado, considerar a APS como uma porta de entrada (*gatekeeper* do sistema).

Podemos citar um exemplo nacional de boas práticas neste sentido, uma vez que a Secretaria Municipal de Saúde de Penedo (AL) implantou em 2019 uma solução de inteligência artificial da PGS Medical (primeira startup público-privada do Brasil) que utiliza os dados da atenção básica para orientar os usuários e profissionais de saúde. Esta iniciativa reduziu em 90% os atendimentos em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e em 56% no número de internações dos doentes crônicos do município no período de 12 meses [17]. Este resultado está alinhado com a horizontalização do sistema de saúde: meta das políticas de saúde brasileiras que, alinhadas às melhores evidências, preconizam intervenções cada vez mais descentralizadas e de base comunitária.

Algumas experiências do mercado privado denotam a importância da integração da atenção primária aos demais níveis de assistência. Em Cingapura, uma operadora privada de saúde passou a fornecer transporte e buscar os pacientes em suas casas ao sinal de agravos para promover adesão aos tratamentos e prevenção secundária [18]. Um exemplo nacional é a Prevent Senior que, após adoção de estratégias de promoção da saúde e prevenção, notou redução em seus custos operacionais. Essa operadora conta também com serviço de atenção domiciliar, semelhante ao realizado na ESF, aproveitando melhor os recursos e melhorando a experiência do paciente (59).

### 5. Fortalecer a gestão de saúde populacional com mudanças que promovam melhor desfecho.

A trajetória do paciente no setor público é claramente pouco efetiva, apresentando também alguns gargalos. É importante enfatizar que as inovações, nos sistemas público e privado, precisam ter foco no paciente.

O paciente merece a garantia de um cuidado menos intervencionista possível e mais custo-efetivo. Em um país de dimensões continentais e repleto de desigualdades, isso é um desafio ainda maior. Destacamos novamente, para o cuidado custo-efetivo, a implantação de estratégias de *task-shifting*, demonstradas no mundo todo como alternativas para lidar com lacunas de cuidado e acesso. O fortalecimento das equipes interdisciplinares para um cuidado na perspectiva da clínica ampliada é imprescindível para o melhor desfecho. Uso de protocolos assistenciais para agravos comuns faz com que as filas de espera sejam reduzidas e os desfechos de saúde mais favoráveis. Os protocolos de atenção básica, publicados em 2016 em uma união do governo com o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e pesquisa, são exemplos de como a equipe interdisciplinar pode acolher diversas demandas da população em um cuidado compartilhado, com foco na detecção precoce de agravos e integração do cuidado [19].

[16] Baseado em: <https://ideiagov.sp.gov.br/>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

[17] Baseado em: <https://www.pgsmc.com.br/cases>. Acesso em 18 de outubro de 2020

[18] Baseado em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2019/04/01/atencao-primaria-e-saida-para-conter-custo.ghtml>. Acesso em 25 de outubro de 2020.

[19] Baseado em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)

Outra inovação que tem um forte potencial para melhorar a jornada do paciente é a telemedicina, que leva o serviço de saúde até o paciente, onde e sempre que precisar. A telemedicina permite que o paciente entre em contato com um profissional de saúde antes de ter uma complicação mais grave, tirar dúvidas sobre o tratamento e receber orientações de acompanhamento. Essa medida foi implantada emergencialmente durante a crise sanitária provocada pela covid-19 [20], e tem potencial de permanência no futuro, dada a repercussão positiva para a jornada do paciente e custo-efetividade nos sistemas de saúde público e privado [21].

Nos Estados Unidos as *Accountable Care Organizations* (ACOs – em tradução livre: Organizações de Cuidados Responsáveis) são grupos que reúnem serviços de atenção primária, secundária e terciária que prestam assistência coordenada de alta qualidade aos pacientes. O cuidado coordenado ajuda a garantir que os pacientes, especialmente os doentes crônicos, obtenham o cuidado certo no momento certo, com o objetivo de evitar a duplicação desnecessária dos serviços e prevenir erros médicos. Nesse modelo a lógica de pagamento varia, sendo frequente o *capitation*, e são pactuadas métricas de desempenho atreladas ao pagamento. A ACO é considerada bem-sucedida quando consegue fornecer cuidados de alta qualidade, bem como reduzir custos, recebendo então parte da economia gerada, no formato de bônus [22]. No Brasil, a Hospital Care, holding administradora de serviços de saúde, abriu uma ACO como nova unidade de negócios em 2019 e promove o cuidado integrado para seus pacientes [23].

**6. Incentivar o planejamento da capacidade de atendimento conjunta público-privada baseada em estudos epidemiológicos e/ou de *case mix*.**

O uso de sistemas inteligentes de integração de informação, integrando serviços de atenção público e privados, dá suporte a um cuidado integral por todos os serviços onde transite, sem o malefício que o cuidado parcelado pode trazer à sua saúde, como intervenções repetidas e desnecessárias.

Essa integração pode fornecer informações epidemiológicas mais abrangentes, que fomentarão pesquisas e políticas públicas. Nos Estados Unidos da América, algumas organizações sociais vêm defendendo a busca pela integração da informação do paciente, de forma segura, demonstrando resultados interessantes do ponto de vista clínico e epidemiológico [24].

Durante a pandemia Covid-19 (Novo Coronavírus), a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, instituiu o Censo Covid [25] para monitorar e regular a oferta de leitos, evitando o colapso do sistema de saúde no estado. Todos os hospitais públicos e privados do Estado de São Paulo são obrigados a enviar diariamente dados referentes aos casos suspeitos e confirmados de covid-19, como a número de casos suspeitos e confirmados, situação dos leitos de UTI e enfermaria destinados a pacientes com Covid-19 e quantidade de leitos vagos em todo o hospital [26]. Cabe à Secretaria definir para qual hospital o paciente será transferido quando uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Socorro solicita vaga para casos suspeitos ou confirmados da doença. Além disso, as informações provenientes do Censo Covid compõem os indicadores do Plano São Paulo de restrição ou liberação das atividades econômicas durante a pandemia [27].

[20] LEI Nº 13.989, DE 15 DE ABRIL DE 2020, Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Acesso em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13-989-de-15-de-abril-de-2020-252726328> em 20 de outubro de 2020.

[21] Baseado em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/pandemia-da-covid-19-deixou-legados-para-medicina-como-uso-amplio-de-epis-telemedicina-a-valorizacao-da-ciencia-24698121> e <https://www.opovo.com.br/coronavirus/2020/09/22/nova-resolucao-do-cfm-podera-regulamentar-telemedicina-no-brasil-apos-pandemia.html>. Acesso em 20 de outubro de 2020.

[22] <https://innovation.cms.gov/innovation-models/aco>. Acesso em 25 de outubro de 2020.

[23] <https://portalhospitaisbrasil.com.br/hospital-care-implementa-novo-modelo-de-remuneracao-na-saude-baseado-no-desfecho-clinico-do-paciente/>. Acesso em 25 de outubro de 2020.

[24] Baseado em: <https://www.intersystems.com/news-events/news/news-item/integration-public-private-health-information-exchanges-aims-enhance-population-health-management/>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

[25] <https://censo-covid19.saude.sp.gov.br/>. Acesso em 23 de outubro de 2020.

[26] Resolução SS-42 de 30 de março de 2020, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP

[27] <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/>. Acesso em 23 de outubro de 2020.

**7.** Promover a cooperação público-privada com enfoque em inovações que melhorem a jornada do paciente e, ao mesmo tempo, economia de recursos. Isso pode evitar exames repetidos (desperdício), otimização de processos e gerar indicadores atualizados compartilhados por toda a sociedade (e não apenas pelo sistema público ou privado) que podem ser compartilhados com os cidadãos por meio de tecnologia segura.

O registro eletrônico de dados (administrativos e clínicos) compartilhado entre as unidades de saúde tem papel fundamental para viabilizar o fluxo de paciente entre os serviços e definir os processos, gerando eficiência.

Além disso, podemos destacar ações de iniciativa privada que trabalham no sentido da promoção da saúde. Pequenos exemplos são os fatos de que durante a pandemia da covid-19 no Brasil, o “Todos Pela Saúde”, do Banco Itaú, que distribuiu máscaras para a população, frente à demanda de que era necessária a conscientização para o uso correto deste insumo e acesso ao insumo em si. Desta forma, fez campanhas de orientação, forneceu cursos de capacitação para os profissionais e apoiou o mapeamento e melhoria dos processos de testagem para aumentar a eficiência. Já o Instituto Votorantim criou o programa Municípios Contra o Corona forneceu gratuitamente para 4 municípios plataforma de telemedicina e inteligência artificial, além de mentoria, assessoria e ferramentas para mais de 150 municípios em todo o país [28]. Estas iniciativas baseiam-se no fato de que toda a sociedade se beneficia de melhores desfechos em saúde da população. Para que haja trocas sociais e econômicas é necessário investir na saúde da população, e esse investimento pode e deve ser compartilhado.

**8.** Desenvolver estudos para aumentar a efetividade da regulação, com ênfase em maior agilidade nas definições de incorporação tecnológica.

Esse tipo de ação fomenta o controle social, pesquisa e desenvolvimento - uma vez que trabalharemos com maior transparência e, tendo acesso à informação, a população pode lutar por um cuidado mais eficiente e inclusivo.

A regulação pública é burocrática, pouco efetiva e, muitas vezes, inviabiliza empreitadas inovadoras na saúde. O sistema pode ser fortemente regulado e, ainda assim, favorecer a incorporação tecnológica. É possível aumentar a efetividade da regulação trazendo agilidade à incorporação tecnológica com novos modelos como *fast tracks* para soluções dedicadas à APS, parceria com universidades e com centros de inovação para avaliação de tecnologias de saúde (IdeiaGov e Inova HC, por exemplo ) e com a regulamentação do Marco Legal das *Startups* [29] (que aumenta a segurança jurídica e estabelece tributação diferenciada para os investimentos). A implantação de fluxos ágeis na agência reguladora pode aperfeiçoar a regulação e impactar no financiamento, nas políticas públicas de inovação, na integração público-privada e na jornada do paciente no sistema.

**9.** Suporte ao controle social e participação da sociedade civil nos espaços de decisão, principalmente para alocação de recursos baseada nas necessidades da população.

[28] Baseado em: <https://www.todospelasaude.org> e <http://www.institutovotorantim.org.br/municipioscontraocorona>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

[29] Baseado em: <https://www.segs.com.br/saude/236738-centro-de-inovacao-tecnologica-do-hospital-das-clinicas-e-governo-do-estado-unem-esforcos-no-combate-a-covid-19>

[30] Baseado em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/10/21/projeto-do-governo-cria-marco-legal-das-startups-e-do-emprededorismo-inovador>

Finalmente, ao longo de todo trabalho aqui realizado, notamos a importância da participação e controle social para que os indivíduos, dispostos de informações qualificadas, possam participar do processo de inovação em saúde. O controle social permite que os indivíduos, grupos e sociedade se unam aos prestadores de serviço, financiadores, reguladores e desenvolvedores para que seus interesses sejam de fato o centro do processo de decisão das políticas e estratégias em saúde (58,59). Temos uma história interessante de luta social por melhores condições de saúde em nosso país e grandes inovações, como a reforma sanitária, a reforma psiquiátrica, a ESF, por meio da participação em conferências de saúde, movimentos de trabalhadores e usuários, conselhos gestores e terceiro setor [31]. A união da sociedade frente ao propósito de trazer a inovação para a atenção primária pode ser um catalisador para intervenções mais custo-efetivas em nossa atenção primária em saúde.

Para sumarizar, as principais questões, possíveis soluções e seus desdobramentos e implicações futuras são apresentados na tabela 7.

ELEMENTO INFLUENCIADOR	DESAFIOS	POSSÍVEIS DIRECIONAMENTOS
(1) Financiamento	Financiamento público insuficiente/inadequado	- Repensar a estrutura do financiamento do sistema de saúde. - Incentivar o debate sobre o projeto do sistema de saúde brasileiro, particularmente no sentido de um sistema integrado no âmbito público e privado. Para tanto, considerar experiências internacionais bem-sucedidas.
(2) Políticas públicas de Inovação	Implantação de políticas de inovação ainda incipiente (sistema público e privado)	- Avançar em uma política nacional de inovação em saúde.
(3) Fluxos na assistência	Falta de integração público-privada no âmbito assistencial	- Repensar o desenho dos fluxos assistenciais, com ênfase na integração da APS aos níveis de atenção secundária e terciária. No sistema privado, considerar a APS como uma porta de entrada. - Fortalecer a gestão de saúde populacional com mudanças que promovam melhor desfecho. - Incentivar o planejamento da capacidade de atendimento conjunta público-privada baseada em estudos epidemiológicos e/ou de <i>case mix</i> .
(4) Jornada do paciente	Trajetória pública pouco efetiva (jornada do paciente)	- Promover a cooperação público-privada com enfoque em inovações que melhorem a jornada do paciente.
(5) Regulação	Regulação pública pouco efetiva	- Desenvolver estudos para aumentar a efetividade da regulação, com ênfase em maior agilidade nas definições de incorporação tecnológica. - Suporte ao controle social e participação da sociedade civil nos espaços de decisão, principalmente para alocação de recursos baseada nas necessidades da população.

Tabela 7. Desafios identificados e respectivos direcionamentos para inovações na APS.

[31] Baseado em: [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual\\_Para\\_Entender\\_Control\\_Social.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf)

## Uma palavra final

Este trabalho destacou a potencialidade da inovação, com foco na Atenção Primária em Saúde (APS), para a redução dos custos e melhoria dos resultados aos pacientes. Para tanto, a colaboração entre o governo, as universidades e a indústria é fundamental para o avanço da inovação. Essa tríade é conhecida como “Hélice Tríplice” (69) que pode ser definida como “um modelo de inovação em que a universidade/ academia, a indústria e o governo, como esferas institucionais primárias, interagem para promover o desenvolvimento por meio da inovação e do empreendedorismo” (70).

Neste contexto, podemos citar a interação entre os agentes de políticas públicas (como representantes do governo), as universidades, e as organizações públicas e privadas que atuam na oferta de produtos e serviços de saúde. Estes são elementos fundamentais para promover a inovação na saúde e, em particular, na atenção primária.

Cabe ainda ressaltar o papel da sociedade civil no desenvolvimento do sistema de saúde. Isso pode ser consubstanciado por meio dos cidadãos, na forma de controle social, componente importante na organização do sistema de saúde brasileiro. Por meio do controle social, os interessados (população, profissionais, gestores, pesquisadores) podem participar dos processos decisórios, de planejamento e de implantação de ações na saúde.

No âmbito das contribuições da sociedade civil, cabe destacar que as discussões originadas no Global Forum - Fronteiras da Saúde (realizado em 2019) e a participação do Conselho Científico (que atuou como um Grupo de Trabalho - GT) foram elementos verdadeiramente contributivos ao desenvolvimento deste trabalho. A execução deste trabalho, bem como sua disseminação foram possíveis em função da efetiva ação de uma Organização da Sociedade Civil, o Instituto Lado a Lado pela Vida.

Ao final do trabalho, apresentamos um conjunto de direcionamentos com o intuito de promover a inovação na Atenção Primária em Saúde (APS). Consideramos esses direcionamentos como questões relevantes para suscitar novos debates e aprofundar as discussões sobre novos conceitos e práticas que possam ser futuramente incorporados, visando aumentar a efetividade dos sistemas de saúde público e privado do Brasil.





## Referências

1. Herzlinger, R.E. (2006). Why innovation in health care is so hard. *Harvard Business Review*, 84(5), 58-66. Available from: <https://hbr.org/2006/05/why-innovation-in-health-care-is-so-hard>.
2. Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *International Journal of Quality in Health Care*, 16(2), 107–123. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh030>.
3. OECD/EUROSTAT (2005), *Oslo Manual: Guidelines for Collecting and Interpreting Innovation Data*. 3rd. Ed. Paris: OECD Publishing. Available from: <https://doi.org/10.1787/9789264013100-en>.
4. Jones T. M. (2010). WHO Intergovernmental Working Group on public health, innovation and intellectual property. *Lancet* (London, England), 376(9734), 21. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61046-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61046-X).
5. Andersson, E.R., Lundblad, J., & Jansson, B. (2012). A public arena for sustainable health and safety innovation: Guidelines for research and practice. *International Journal of Innovation and Sustainable Development*, 6(3), 324-343. Available from: <http://dx.doi.org/10.1504/ijisd.2012.047889>.
6. Lehoux, P., Silva, H., Sabio, R.P., & Roncarolo, F. (2018). The unexplored contribution of responsible innovation in health to sustainable development goals. *Sustainability*, 10, 4015. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/su10114015>
7. OECD/EUROSTAT (2018). *Oslo Manual: Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation*. 4th. Ed. Paris: OECD Publishing. Available from: <http://www.oecd.org/sti/oslo-manual-2018-9789264304604-en.htm>.
8. Birkinshaw, J., Hamel, G, & Mol, M.J. (2008). Management innovation. *Academy of Management Review*, 33(4), 825-845. Available from: <http://dx.doi.org/10.5465/amr.2008.34421969>.
9. Birkinshaw, J., & Mol, M. (2006). How management innovation happens. *MIT Sloan Management Review*, 47(4), 81-88. Available from: <http://sloanreview.mit.edu/the-magazine/2006-summer/47415/how-management-innovation-happens>.
10. Foss, N.J., & Saebi, T. (2017). Fifteen years of research on business model innovation: How far have we come, and where should we go? *Journal of Management*, 43(1), 200-227. Available from: <https://doi.org/10.1177/0149206316675927>.
11. Starfield, B. (2001). Equidad en salud y atención primaria. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1(1), 7-16. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2906/0>.  
53
12. Matta, G.C., & Morosini, M.V.G. (2009). Atenção primária à saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 23–28. Available from: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau>.
13. OPAS. (2019). Folha informativa – Atenção primária à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Available from: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843).

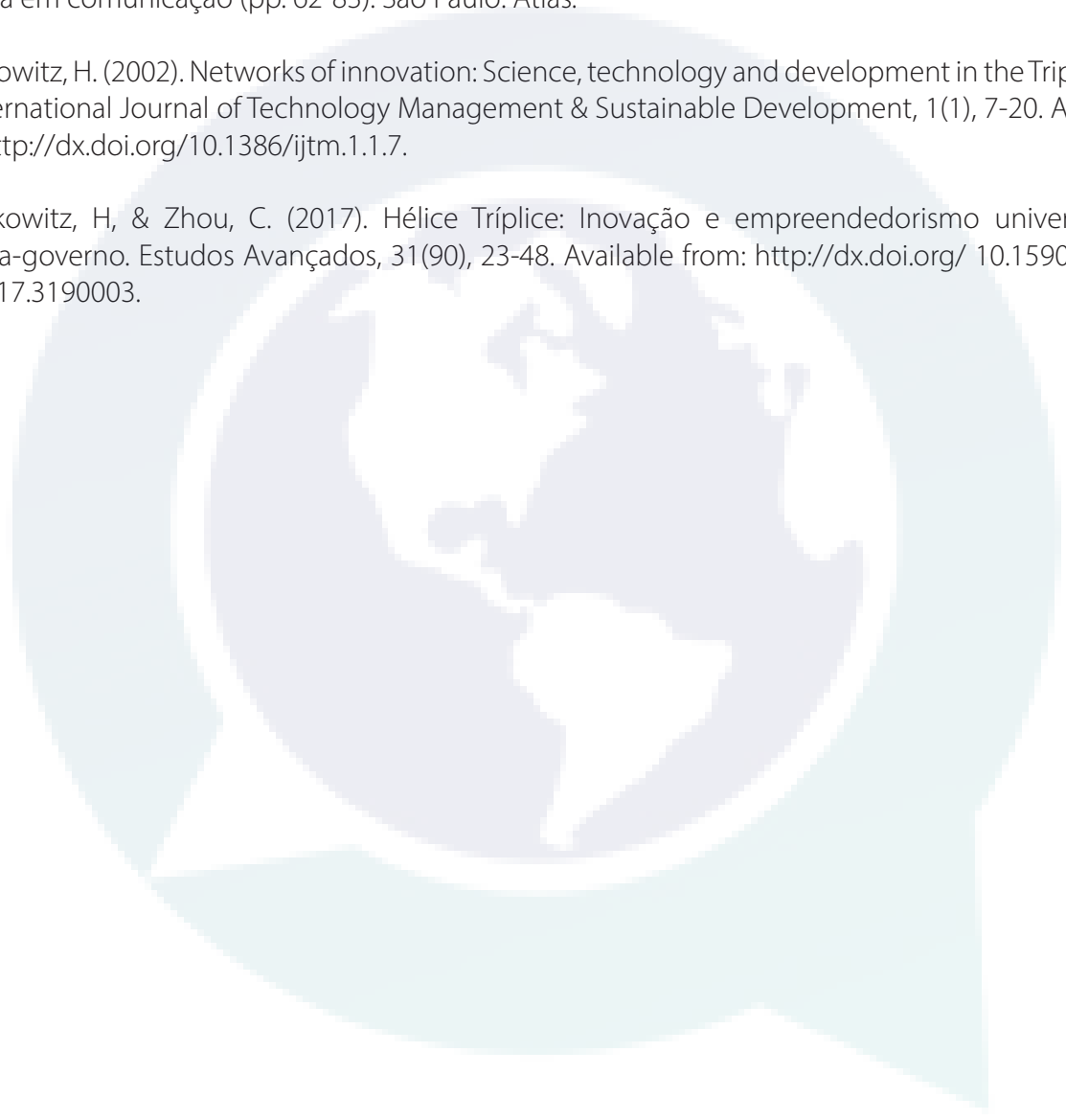
14. Pisco, L., & Pinto, L.F. (2020). From Alma-Ata to Astana: The path of primary health care in Portugal, 1978-2018 and the genesis of family medicine. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4),1197–1204. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>.
15. WHO. (2018). From Alma-Ata to Astana: Primary health care--reflecting on the past, transforming for the future interim report from the WHO European region. Copenhagen: World Health Organization.
16. WHO (2015). Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015--2020: walking the talk on people centredness. Copenhagen: World Health Organization. Available from: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents>.
17. No authors listed. (1996). The Ljubljana Charter on reforming health care. *British Medical Journal*, 29;312(7047):1664-1665.
18. WHO. (2008). The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
19. Macinko, J., & Mendonça, C.S. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, 42(S1), 18–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s102>.
20. Pinto, L.F., & Giovanella, L. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: Expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1903-1914. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.
21. Ramos, A.L.P., & Seta, M.H. (2019). Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4), e00089118. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00089118>.
22. Sellera, P.E.G., Pedebos L.A., Harzheim, E., Medeiros, O.L., Ramos, L.G., Martins, C., & D'Avila, O.P. (2020). Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1401–1412. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>.
23. Pedroso, M.C. & Malik, A.M. (2012). Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2757-2772. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001000024>.
24. Pedroso, M.C. & Malik, A.M. (2011). As quatro dimensões competitivas da saúde. *Harvard Business Review – Ed. Brasil*, 89(3), 58-67. Available from: <https://hbrbr.com.br/as-quatro-dimensoes-competitivas-da-saude/>.
25. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
26. Santos, I.S., Ugá, M.A.D., & Porto, S.M. (2008). O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1431-1440. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>

27. Gadelha, C.A.G., & Temporão, J.G. (2018). Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1891-1902. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018230606482018>
28. Portaria no 1.559, de 1o de agosto de 2008 (2008) Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
29. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3073-3086. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.03262015>
30. Tasca, R., Ventura, I.L.S., Borges, V., Leles, F.A.G., Gomes, R.M., Ribas, A.N., Carvalho, W.M., & Jimenez, J.M.S. (2019). Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 2021-2030. Epub June 27, 2019. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018240608672019>
31. Carlford, S., Lindberg, M., Bendtsen, P., Nilsen, P., & Andersson, A. (2010). Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. *BMC Family Practice*, 11, 60. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-60>
32. Pereira, D.S.P., Cadaxa, A., & Paz, J. (2019). Comunicação em saúde para sífilis: Levantamento de ações de comunicação municipais a partir do olhar dos apoiadores do projeto resposta rápida à sífilis. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 9(2), 15. Available from: <https://doi.org/10.18816/r-bits.vi0.18682>
33. Ribeiro, C., Bastos, D., Santos, J., Guerra, J., & Alves, R. (2018). Melhoria de processos de gestão em saúde pública: extração automática de conhecimento e busca semântica de documentos não estruturados. *EmpíricaBR - Revista Brasileira de Gestão, Negócio e Tecnologia da Informação*, 2(1), 72-87. Available from: [doi:https://doi.org/10.15628/empiricabr.2017.6859](https://doi.org/10.15628/empiricabr.2017.6859)
34. Montenegro, K.B.M. (2011). Transferência de tecnologia: análise e proposição de estratégia para aperfeiçoar a interação IPPs/universidades-empresas com vistas à inovação em saúde. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 257. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24286>
35. Blocker J. S., Jr (2006). Did prohibition really work? Alcohol prohibition as a public health innovation. *American journal of public health*, 96(2), 233–243. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.065409>
36. Doshmangir, L., Bazyar, M., Majdzadeh, R., & Takian, A. (2019). So Near, So Far: Four Decades of Health Policy Reforms in Iran, Achievements and Challenges. *Archives of Iranian medicine*, 22(10), 592–605. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31679362/>
37. Victora, C. G., Barreto, M. L., do Carmo Leal, M., Monteiro, C. A., Schmidt, M. I., Paim, J., Bastos, F. I., Almeida, C., Bahia, L., Travassos, C., Reichenheim, M., Barros, F. C., & Lancet Brazil Series Working Group (2011). Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* (London, England), 377(9782), 2042–2053. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X)
38. Majdzadeh, R., Delavari, A.R., Rajabi, F., Khatibzadeh, S., Esmailzadeh, H., & Bagheri, L.K. (2009) Iran's health innovation and science development plan by 2025. *Iranian journal of public health*, 38(1), 13-16.

39. Guimarães, T.M.R., Alves, J.G.B., & Tavares, M.M.F. (2009). Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 868-876. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400018>
40. Aquino, R., de Oliveira, N.F., & Barreto, M.L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*, 99, 87-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2007.127480>
41. Junior, N.L., & Norman, A.H. (2013). Family and community medicine and family health in Brazil: a strategy to provide primary health care for all. *Medwave*. 13, e5588–e5588.
42. Macinko, J., Guanais, F.C., & de Souza M.F.M. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1):13–9. Available from: doi: 10.1136/jech.2005.038323
43. Cavalcante, D., Brizon, V., Probst, L. F., Meneghim, M. C., Pereira, A. C., & Ambrosano, G. (2018). Did the Family Health Strategy have an impact on indicators of hospitalizations for stroke and heart failure? Longitudinal study in Brazil: 1998-2013. *PloS one*, 13(6), e0198428. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198428>
44. Ahmed, F., Ahmed, N., Briggs, T., Pronovost, P. J., Shetty, D. P., Jha, A. K., & Govindarajan, V. (2017). Can reverse innovation catalyse better value health care?. *The Lancet. Global health*, 5(10), e967–e968. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30324-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30324-8)
45. Winterhalter, S., Zeschky, M.B., Neumann, L., & Gassmann, O. (2017). Business Models for Frugal Innovation in Emerging Markets: The Case of the Medical Device and Laboratory Equipment Industry. *Technovation*. 66-67, 3–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.technovation.2017.07.002>
46. Tran, V.T., & Ravaud, P. (2016) Frugal innovation in medicine for low resource settings. *BMC Medicine*, 14, 102. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0651-1>
47. Koerich, G.V., & Cancellier, É.L.P.L. (2019). Frugal Innovation: origins, evolution and future perspectives. *Cadernos EBAPE.BR*, 17(4), 1079-1093. Epub January 20, 2020. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1679-395174424>
48. WHO & UNAIDS (2008). *Task Shifting: Rational Redistribution of Tasks among Health Workforce Teams, Global Recommendations and Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
49. WHO (2007). *Treat train retain. Task shifting: Global recommendations and guidelines*. Geneva: World Health Organization.
50. Fatti, G., Monteith, L., Shaikh, N., Kapp, E., Foster, N., & Grimwood, A. (2016). Implementation and Operational Research: A Comparison of Two Task-Shifting Models of Pharmaceutical Care in Antiretroviral Treatment Programs in South Africa. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. ;71(4):e107–13. Available from: DOI: 10.1097/qai.0000000000000912.
51. Chibanda, D., Mesu, P., Kajawu, L., Cowan, F., Araya, R., & Abas, M. A. (2011). Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV. *BMC public health*, 11, 828. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-828>

52. Oliveira R.R., & Elias, P.E.M. (2012). Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 571-576. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020>
53. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 693-705. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400012>
54. Anderson, M. I. P. (2019). Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 14(41), 2180. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2180](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2180)
55. WHO (2018). Guideline on Health Policy and System Support to Optimize Community Health Worker Programmes. World Health Organization. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30431747>.
56. Barbosa, D.V.S., Barbosa, N.B., & Najberg, E. (2016). Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(1), 49-54. Epub 11 de março de 2016. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010106>
57. Pinto, L.F., Soranz, D., Scardua, M.T., & Silva, I.M. (2017). A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1257-1267. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>
58. Kutzin, J.(2013) Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 91(8), 602-611. Available from: DOI: 10.2471/blt.12.113985.
59. Ribeiro, C.A. (2020). A inserção da atenção domiciliar em um sistema verticalizado de saúde. Fundação Getúlio Vargas Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, SP, 59. Available from: <https://hdl.handle.net/10438/29372>
60. Lima, D.F., & Lima, L.A. (2017). O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. *Saúde em Debate*, 41(115), 1168-1176. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711514>
61. Brasil. (2013). Para entender o Controle Social. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 178. Recuperado de [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual\\_Para\\_Entender\\_Control\\_Social.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf)
62. Nyanchoka, L., Tudur-Smith, C., Porcher, R., & Hren, D. (2019). Key stakeholders' perspectives and experiences with defining, identifying and displaying gaps in health research: a qualitative study protocol. *BMJ Open*, 9: e027926. Available from: doi: 10.1136/bmjopen-2018-027926
63. Rustagi, A.S., Manjate, R.M., Gloyd, S., John-Stewart, G., Micek, M., Gimbel, S., & Sherr, K. (2015). Perspectives of key stakeholders regarding task shifting of care for HIV patients in Mozambique: a qualitative interview-based study with Ministry of Health leaders, clinicians, and donors. *Human Resources for Health*, 13, 18. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0009-3>
64. Hangulu, L., & Akintola, O. (2017). Perspectives of policy-makers and stakeholders about health care waste management in community-based care in South Africa: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17, 290. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2236-x>

65. Lage, M. C. (2010). Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *ETD - Educação Temática Digital*, 12, 198-226. Available from: <https://doi.org/10.20396/etd.v12i0.1210>
66. Alves da Silva, D., Figueiredo Filho, D., & da Silva, A. (2015). O poderoso NVivo: Uma introdução a partir da análise de conteúdo. *Revista Política Hoje*, 24(2), 119-134. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3723>
67. Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
68. Duarte, J. (2005). Entrevista em profundidade. In: J. Duarte; A. Barros (Orgs.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação* (pp. 62-83). São Paulo: Atlas.
69. Etzkowitz, H. (2002). Networks of innovation: Science, technology and development in the Triple Helix era. *International Journal of Technology Management & Sustainable Development*, 1(1), 7-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1386/ijtm.1.1.7>.
70. Etzkowitz, H, & Zhou, C. (2017). Hélice Tríplice: Inovação e empreendedorismo universidade-indústria-governo. *Estudos Avançados*, 31(90), 23-48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142017.3190003>.





## Método da pesquisa empírica sobre inovação na Atenção Primária em Saúde

Este é um estudo exploratório, que tem por objetivo a caracterização da visão de diferentes atores da cadeia de valor em saúde sobre a inovação em atenção primária. Vamos descrever a visão desses atores sem a interferência do pesquisador sendo; trata-se, portanto, de um estudo descritivo (13).

Utilizamos a abordagem qualitativa, com coleta de dados baseada em entrevistas em profundidade com informantes-chave, com base em roteiro semiestruturado. O objetivo da coleta de dados foi explorar a percepção de um grupo selecionado de entrevistados (ou informantes-chave). Esse método é utilizado com frequência em estudos exploratórios que buscam elaboração de protocolos, estratégias e novas políticas para o cuidado em saúde (60–62).

Para tanto, consideramos os cinco elementos influenciadores da inovação na atenção primária em saúde supracitados: (1) Financiamento; (2) Políticas públicas de inovação; (3) Fluxos na assistência (com ênfase na integração público-privada); (4) Jornada do paciente; e (5) Regulação. A figura 5 apresenta o roteiro semiestruturado utilizado.

Elementos influenciadores da inovação na APS	Questões
(1) Financiamento	Como você avalia o financiamento privado e público do sistema de saúde no Brasil? E, particularmente, na atenção primária?
	Como você avalia o impacto do financiamento na inovação em saúde, em geral? E na atenção primária, em particular?
(2) Políticas públicas de inovação	Como você avalia as políticas do setor público e do setor privado para inovação em saúde, em geral? E na atenção primária, em particular?
	Como você avalia o impacto das políticas de inovação nos sistemas público e privado, em geral? E na atenção primária nos sistemas público e privado, em particular?
(3) Fluxos na assistência (integração público-privada)	Qual a sua opinião sobre a integração público-privada?
	Qual o impacto da inovação para essa integração?
(4) Jornada do paciente	Como você avalia a jornada do paciente no setor público e privado?
	Qual o impacto da inovação na integralidade do cuidado?
(5) Regulação	Como você avalia a questão da regulação nos sistemas privado e público no Brasil? E, particularmente, na atenção primária em ambos os sistemas?
	Como você avalia o impacto da regulação na inovação em saúde, em geral? E na atenção primária, em particular?

Tabela 8. Roteiro semiestruturado das entrevistas.

Foram realizadas 8 entrevistas em profundidade, cujos conteúdos foram transcritos e analisados em sua totalidade. O tempo médio de entrevista foi de 1:07, com a entrevista mais curta tendo duração de 21 minutos e a mais longa de 1 hora e 29 minutos. Metade de nossos entrevistados são formados em medicina, 3 em economia e 1 em relações internacionais; 6 deles são brasileiros e 2 estrangeiros. Os entrevistados atuam ou atuaram na gestão federal, estadual e municipal de saúde, na iniciativa privada, organizações internacionais de saúde, pesquisa e docência universitária, sendo pessoas reconhecidas como referência em sua área de atuação. A tabela 9 apresenta as características das entrevistas e dos entrevistados.

<b>Formação</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Duração Entrevista</b>
Medicina	Brasileiro	00:51:31
Economia	Brasileiro	01:17:00
Economia	Americana	01:29:00
Economia	Brasileiro	01:27:00
Medicina	Brasileiro	00:21:00
Relações Internacionais	Brasileira	01:10:00
Medicina	Brasileiro	00:59:00
Medicina	Israelense	01:28:00

Tabela 9. Características das entrevistas e dos entrevistados.

Para preservar o sigilo e privacidade dos participantes, codificamos os trechos das entrevistas pertencentes a cada sujeito com códigos E1 a E8, correspondendo à ordem de cada uma das entrevistas. Também tivemos a aprovação deste projeto em Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do número de parecer 4.296.968, disponível para consulta na Plataforma Brasil.

Todos os participantes da pesquisa foram orientados quanto a um termo de consentimento livre e esclarecido. Assim, eles consentiram em participar da pesquisa e ter sua entrevista gravada.

As entrevistas foram transcritas e analisadas com o auxílio do software N-VIVO 12 Pro For Windows da QSR International Pty Ltd, como apoio para a organização e análise dos dados as entrevistas qualitativas (65,66).

A categorização dos dados foi realizada a partir da leitura bruta do material transcrito com o embasamento teórico da Análise do Conteúdo de Bardin, com a finalidade de verificar quais as temáticas emergentes nas falas dos entrevistados, frente às questões colocadas pelo roteiro de entrevistas (66).

Para Bardin, o objetivo da análise de conteúdo é descrever de forma sistematizada o conteúdo das mensagens, dos indicadores, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (66,67).

Os dados coletados nas entrevistas foram submetidos a uma análise de conteúdo. Desta forma, foi possível explorar e aprofundar pontos específicos com base nos conteúdos que emergiram das entrevista (68).





## Global Fórum - Fronteiras da Saúde. Edição 2019



Marlene Oliveira e o Prof. Marcelo Caldeira Pedroso anunciam, no Global Forum – Fronteiras da Saúde 2019, a criação do Grupo de Trabalho que seria formado para a elaboração deste documento.





Iniciativa e Realização

I N S T I T U T O  
**LADO A LADO**  
PELA VIDA