

Inovação nos serviços de saúde: apontamentos sobre os limites do conhecimento

Innovation in healthcare services: notes on the limits of field research

Innovación en los servicios de salud: indicaciones sobre los límites del conocimiento

Lais Silveira Costa ¹

Resumo

O contexto contemporâneo de envelhecimento e as características de saúde e doença da população, aliados à crescente incorporação tecnológica nos sistemas de saúde têm pontuado a necessidade de adequação da estrutura de atenção. A defesa de um sistema democrático e sustentável evidencia a importância de entender como são estabelecidos os processos relacionados às mudanças na saúde. Neste cenário, o presente artigo visa aprofundar o entendimento sobre inovação nos serviços de saúde. Os resultados da pesquisa indicaram que lacunas no conhecimento levam políticas públicas a negligenciarem uma série de inovações normalmente associadas a mudanças sociais com impacto no desenvolvimento humano, coesão social, igualdade e equidade, temas centrais ao campo da saúde coletiva. E conclui que a falta de um referencial teórico maduro tem impactos deletérios para a formulação dessas políticas, quadro agravado no Brasil, onde são observadas diferenças crescentes na qualidade e disponibilidade de acesso entre os segmentos populacionais dependentes dos sistemas públicos e privados.

Serviços de Saúde; Difusão de Inovações; Política de Saúde; Desenvolvimento Sustentável; Inovação

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

L. S. Costa
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Brasil 4036, Prédio da Expansão da Fiocruz, sala 809, Rio de Janeiro, RJ 21040-361, Brasil.
lais.costa@fiocruz.br

Introdução

O contexto contemporâneo de envelhecimento e as características de saúde e doença da população, aliados à crescente incorporação tecnológica nos sistemas de saúde, têm definido desafios de difícil equação e, por esse motivo, sido alvos de debate por parte dos governos nacionais e da Organização Mundial da Saúde (OMS). A adequação da estrutura de atenção às novas demandas, a defesa de um sistema democrático e a necessidade de que ele seja sustentável sugerem que transformações são indispensáveis e evidenciam a relevância de entender como são estabelecidos os processos relacionados às mudanças na saúde. Também por tal motivo, a inovação em saúde é um campo em crescente destaque. Adicionalmente, sua importância está relacionada a melhorias nas condições de bem-estar da população e, por ser um setor intensivo em pesquisa e desenvolvimento (P&D), é associada com a inserção competitiva internacional, pontuando uma gama de interesses que dinamizam sua agenda.

A saúde apresenta também particularidade decorrente de constituir vínculo entre os sistemas nacionais de inovação e os de bem-estar social. Por isso, autores diversos^{1,2,3,4} reconhecem que avanços gerados no sistema de inovação em saúde têm implicações para o conjunto da economia e da sociedade. Tal processo não se dá sem contradições, uma vez que a expansão dos serviços e a ampliação do mercado consumidor de produtos de base industrial utilizados na atenção, promoção e prevenção à saúde representam conquistas sociais, ao mesmo tempo em que atendem à exigência de acumulação de capital na esfera particular da indústria da saúde⁵. Note-se que os interesses do capital (não mais restritos às indústrias) articulam-se e exercem pressão sobre o Estado, que, a depender da força de suas instituições, é mais ou menos cativo dos mesmos. As políticas antes determinadas na esfera nacional, e agora crescentemente influenciadas pelas cadeias globais de valor, não somente orientam a produção, como influenciam ideologias de consumo, ajudando a construir uma consciência social das necessidades.

A partir do fim da Segunda Guerra Mundial, observou-se uma veloz incorporação tecnológica na saúde tanto no Brasil quanto no mundo, intensificada nas últimas décadas com a emergência de novas plataformas tecnológicas ligadas à biotecnologia, à nanotecnologia e às tecnologias de informação e comunicação. Concomitantemente e em sentido oposto a uma orientação que vem ganhando força na organização dos sistemas de racionalização dos custos e de mudança

da porta de entrada no sistema para a atenção primária, desenvolveu-se uma tensão na saúde no que se refere à vertente que vincula satisfação, segurança e dignidade às tecnologias modernas sem, entretanto, serem questionadas as condições de acesso ou a brutal desigualdade no usufruto de bens socialmente produzidos⁶. Por outro lado, há evidências de uma série de práticas que poderiam diminuir o custo, melhorar a eficiência da atenção, e com isso expandir o acesso, mas que não são implementadas^{7,8}.

Assim, constata-se uma vertente que associa crescentemente a ideia de que quanto mais (tecnologia, interação, intervenção), melhor saúde. Tal percepção se relaciona com uma prática consumista que permeou os sistemas de saúde documentada pela disseminação de inovações sem efetividade comprovada, levando ao aumento do custo dos sistemas e à observação de efeitos iatrogênicos^{6,9,10,11}. Esse fato, associado a mudanças demográficas e a características dos processos de saúde e doença, tem suscitado preocupação em relação à sustentabilidade dos sistemas universais de saúde em todo o mundo. Em função dessas questões, os sistemas vivem um dilema apresentado pelo desafio de alcançar simultaneamente um “melhor cuidado” e uma “melhor saúde para as populações” a um “menor custo”¹², e que a partir de agora será denominado neste texto de tripé da sustentabilidade.

A superação desse desafio está intrinsecamente relacionada à necessidade de mudanças e, portanto, passa por uma melhor compreensão sobre os determinantes da inovação em saúde, uma vez que exige uma redução de custos concomitante com o aumento de eficiência, sugerindo a necessidade de implantar mudanças e introduzir tecnologias sociais. O conceito de tecnologias sociais refere-se a produtos, técnicas e métodos que constituem soluções reaplicáveis de transformação social^{13,14}. Tendo emergido como resultado da busca de novas soluções para problemas sociais, sua principal característica é contribuir para um valor compartilhado^{13,14}.

De fato, a necessidade de promover importantes transformações na orientação do sistema e nas práticas médicas sugere a necessidade de se trabalhar a correlação de forças heterogêneas encontradas na arena da saúde. Ressalte-se que essas mudanças não se referem, ao menos não exclusiva ou essencialmente, a inovações tecnológicas, cuja análise encontra-se disponível em outros estudos^{15,16}. As referidas inovações conceituam-se como toda novidade implantada pelo setor produtivo, que aumente a eficiência ou que implique um novo ou aprimorado produto¹⁷ que, salvo comentários residuais, não será objeto desta análise.

A definição de inovação em saúde utilizada nesta análise refere-se à introdução e aplicação intencional de ideias, processos, produtos ou procedimentos que simultaneamente sejam relevantes para a unidade que as adota e que beneficiem o indivíduo, grupo ou sociedade em geral^{18,19}.

A relevância do estudo proposto reside na necessidade de entender variáveis relacionadas à sustentabilidade dos sistemas de saúde e fornecer subsídios para delinear políticas voltadas ao desenvolvimento de tecnologias sociais que por definição visam à emancipação dos atores envolvidos, tendo no centro tanto os produtores quanto os usuários¹⁴. Logo, objetiva produzir conhecimento sobre inovação nos serviços de saúde com o intuito de contribuir para a democratização da saúde em uma conjuntura na qual se debate a desconstrução de sistemas de bem-estar e se defende uma cobertura em vez de um sistema universal²⁰. Ou seja, intenta subsidiar conhecimento para embasar uma outra via que se signifique melhor cuidado e redução de custo individual, sem seleção de grupo de população, em vez de trilhar um caminho que aprofundaria as iniquidades já existentes, decorrentes dos determinantes sociais dos processos de saúde e doença.

É nesse contexto que se propõe a fornecer subsídios ao entendimento de como se difunde inovação em saúde, quando e porque se dissemina, e que tipo de mudança é importante, considerando os objetivos que ela atende. Buscou-se politizar a ideia da construção social da inovação mediante a incorporação da teoria crítica. O contexto em que as mudanças estão ocorrendo, ou não, nos serviços de saúde é o objeto da teoria crítica que se preocupa originalmente em fomentar práticas emancipatórias pelo entendimento dos imperativos e restrições que dinamizam as mudanças estruturais e as incrementais nos sistemas de saúde do mundo moderno. A teoria crítica visa, neste caso, antes de responder a uma pergunta objetiva, desvelar a base do processo histórico que vem reproduzindo e aprofundando desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assim como fornecer indícios de caminhos para sua superação. Essa abordagem crítica fornece uma base mais completa, por ser mais complexa, para análise das dinâmicas envolvidas nas mudanças nas organizações da saúde. Adicionalmente, recorre à análise da teoria crítica da tecnologia ao reconhecer que as tecnologias contemporâneas existentes favorecem fins específicos enquanto obstruem outros, de modo que a democratização da tecnologia envolve encontrar novas formas de favorecer e privilegiar os valores e grupos marginalizados, valendo-se de novos rumos e arranjos tecnológicos²¹.

O artigo é exploratório e pretende abordar estudos em nível metateórico, focando em seus pressupostos teóricos para problematizar a natureza e as características de uma teoria crítica adequada ao tema²². A análise recorreu à revisão narrativa da literatura de campos de estudos diversos, com bases científicas (SciELO, MEDLINE via PubMed, portal de teses da Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), além de ter incorporado literatura constante de textos de referência.

Os resultados da investigação indicaram que, a despeito da importância do tema, este campo segue pouco desenvolvido e ainda sem um referencial teórico maduro. Isso se deve a limitações no próprio entendimento sobre inovação nos serviços e ao fato de muitas vezes falhar em, em incorporar na análise a persuasão, as variáveis políticas ligadas aos interesses articulados do capitalismo inerentes ao campo da saúde, assim como o papel do Estado^{15,16,23,24,25}. Os resultados apontaram também a necessidade de aprofundar o desenvolvimento da teoria crítica, dado que os estudos sobre o tema iluminam dimensões importantes, porém insuficientes, para a interpretação dos processos envolvidos nas mudanças na natureza social e cultural ocorridas nos serviços de saúde. Outro limite desta base teórica é o fato de ser construída majoritariamente a partir de estudos de triagem e, a despeito de a inovação ser um processo social, serem escassos os estudos multiníveis e longitudinais, sugerindo ser este um campo profícuo de pesquisa.

O artigo está estruturado em três seções, além desta introdução. A primeira, inerente à trajetória teórica dos estudos sobre inovação nos serviços, problematiza seus limites e seu impacto sobre a busca de um modelo sustentável de sistema de saúde e de sociedade. Na segunda, buscou-se apresentar os fatores que protagonizam o sucesso ou insucesso da disseminação da inovação nos cuidados de saúde e a importância das variáveis políticas na disseminação do conhecimento. Por fim, foram traçadas algumas considerações e sugeridas linhas de pesquisa.

Limites da base teórica sobre inovação nos serviços

A revisão da bibliografia realizada neste estudo permitiu a identificação de enfoques diversos sobre o tema, utilizando o conhecimento gerado pelos campos da administração, economia da tecnologia, sociologia, economia política, enfermagem, medicina, entre outros. Como resultado, constatou-se que a falta de robustez da teoria

da inovação nos serviços é o primeiro desafio a ser enfrentado.

Ressalte-se que o interesse pelo estudo da inovação e o desenvolvimento da sua base teórica consideraram originalmente a centralidade das manufaturas – e os processos inerentes à sua produção – em uma sociedade marcada pelo modelo de produção fordista. À época, o desempenho da economia encontrava-se atrelado às indústrias, cuja capacidade de introduzir inovações (de produtos ou processos) determinava sua competitividade e sua posição no mercado nacional. Mais tarde, com a globalização, as indústrias passaram a impactar também sua inserção competitiva internacional. Esse é o contexto em que foi estabelecida a importância do estudo da inovação e que explica também o fato de tal referencial teórico ter sido desenvolvido sob o paradigma tecnológico.

Os serviços eram então entendidos de forma residual na economia. Seus resultados eram delimitados e aferidos pelo não pertencimento aos setores primário e secundário, suscitando o mito de seu papel marginal, que caiu por terra à medida que se adotou cada vez mais um modelo de produção flexível, que busca atribuir eficiência e celeridade à produção, garantindo flexibilidade e agilidade à circulação de mercadorias²⁶. Nas últimas décadas, a crescente sinonímia entre o nível de atividades de serviços em uma economia (em particular daqueles intensivos em conhecimento) e o seu desempenho tem suscitado o interesse em compreender a dinâmica de inovação nesse setor. Apesar da relevância do tema, seu estudo ainda se depara com limites de naturezas diversas, entre os quais vale mencionar a ausência de consenso quanto à sua tipologia e ao mapeamento dos atores a serem considerados na análise de sua dinâmica, além de seu caráter vago e intangível. Note-se que a falta de harmonização tanto dos conceitos utilizados quanto das fases envolvidas no processo inovador e dos seus determinantes decorre, inclusive, da complexidade de se transpor a teoria da inovação, originalmente relacionada a produtos, para os serviços.

Em estudo realizado²⁷, são sistematizadas as quatro diferentes abordagens teóricas sobre a inovação nos serviços: a da assimilação (ou tecnicista, para alguns autores); a da diferenciação ou demarcação (denominada de “baseada em serviços” em alguns estudos); a da inversão (considerada como a revanche dos serviços²⁸); e a da perspectiva integradora ou de síntese.

Na abordagem da assimilação, os serviços se travestem de um caráter passivo, dado que a inovação é entendida mediante demanda e incorporação tecnológica no segmento. A inovação gerada é subestimada, visto que concebida co-

mo resultado da introdução de sistemas tecnológicos nos serviços, e seu conceito reflete uma inadequada transposição do arcabouço teórico utilizado na análise da indústria, incapaz de captar a natureza dos serviços.

Os limites dessa abordagem provocaram o desenvolvimento de uma visão baseada na diferenciação, que buscava, em resumo, captar a inovação tendo em conta a natureza intangível e interativa dos serviços e desenvolver teorias por meio do estudo de casos (novos serviços, operações gerenciais e *marketing*). Os adeptos dessa linha de pensamento afirmam que ela permite identificar atividades inovadoras invisíveis à perspectiva tecnicista²⁷. Além disso, essa corrente teórica incorpora a noção de que, no processo de inovação nos serviços, é mais importante captar as novidades resultantes da interação entre cliente e usuário do que as incorporações tecnológicas²⁹. Entretanto, também é reducionista, já que se limita a identificar algumas particularidades da natureza e da organização dos serviços.

A perspectiva da inversão²⁸ defende que, em vez de representar um setor atrasado, os serviços constituem fontes de inovação para toda a economia, em especial quando se considera o protagonismo dos intensivos em conhecimento na inovação dos demais setores econômicos.

Por fim, tem-se a abordagem integradora, que ambiciona juntar bens e serviços em uma teoria unificadora sobre inovação. Sua relevância decorre do contexto contemporâneo, no qual as manufaturas estão crescentemente mescladas a características de serviços e vice-versa²⁷. Ademais, os maiores projetos econômicos e funções sociais têm envolvido a combinação de bens, serviços e inovações tecnológicas e organizacionais. Essa formulação pretende abranger importantes especificidades do setor – a diversidade e o componente relacional dos serviços –, incorporando ao modelo o veto de competências dos clientes e também as características técnicas imateriais²⁹.

Note-se, porém, que apesar de os estudos sobre inovações nos serviços estarem se avolumando, seguem, majoritariamente, formulados por perspectivas tradicionais (de assimilação), que privilegiam produtos e seus processos de produção, em detrimento de atributos organizacionais e de mercado, não levando em conta as características de uma dada sociedade e de sua estrutura de poder. Esse modelo, centrado nas manufaturas, encontra limites inclusive na análise das inovações tecnológicas, porque a fronteira entre as características do produto e os processos dos serviços torna-se crescentemente nebulosa³⁰. Ademais, a base teórica conceitual sobre inovação nos serviços se baseia em estudos sobre inovação no setor privado, o que a tem levado a

desconsiderar o impacto do papel exercido pelo Estado, não podendo, portanto, ser aplicada no estudo da saúde pública.

Autores ressaltam o protagonismo desempenhado pelos agentes da política, capazes de ao mesmo tempo incentivar e limitar processo de geração, difusão e disseminação de inovações³⁰. Destacam, além disso, sua atuação como financiadores de pesquisa básica e consumidores (podendo direcionar a demanda para o fomento de tecnologias sociais). E reafirmam a importância da produção, por parte do governo, dos bens públicos complementares a uma dada inovação. No caso da saúde, a falta de infraestrutura tecnológica e de comunicação, por exemplo, seria capaz de limitar avanços no uso da telemedicina. A sua má distribuição, por sua vez, tenderia a elitizar o acesso que a tecnologia poderia promover.

Economistas da inovação, ainda que tenham avançado na incorporação de características organizacionais, além das tecnológicas, têm relegado o papel da política, do poder e da persuasão a um papel secundário no escopo de sua investigação, limitando a análise dos processos que definem a geração, difusão e disseminação de uma inovação em detrimento de outra, uma vez que se trata de um processo técnico, ainda que não de maneira exclusiva (por ser social, é também político por definição).

A inadequação dessa base teórica tem prejudicado o entendimento do contexto contemporâneo e limitado a busca por uma sociedade mais igualitária e humana, conforme aponta estudo recente³¹ que chama a atenção para a existência do que seus autores denominam de “lacuna da inovação” e “lacuna do desempenho”. Definem a primeira como a diferença entre a inovação produzida por uma sociedade e aquela que os indicadores tradicionais (patentes e esforços de P&D) são capazes de aferir; analogamente, a “lacuna do desempenho” reflete os limites da medição dos resultados da economia relacionados exclusivamente ao seu crescimento em termos de renda ou produto. Os autores ressaltam os impactos destes *gaps* em uma economia baseada em serviços e discorrem sobre a dupla lacuna que, ao deixar turva a relação entre inovação e desempenho, permite questionar a legitimidade das políticas e ações voltadas ao fomento das inovações.

A falta de especificidade da fronteira entre produtos e serviços faz com que a inovação seja subestimada em todos os segmentos econômicos. Adicionalmente, o estudo frisa o fato de justamente nos serviços intensivos em conhecimento, a exemplo da saúde, ela ser ainda mais significativa. A explicitação das lacunas levou ao desenho de um modelo teórico que entende que uma dada sociedade produz inovações visíveis

– aferidas pelos indicadores tradicionais – e invisíveis, e que o mesmo pode ser verificado quanto aos resultados de sua economia. Os vetores invisíveis normalmente relacionam-se a inovações não tecnológicas (em especial aquelas que envolvem a cooperação do usuário – *ad hoc* – e aquelas referentes à detecção de um novo campo emergente) e em geral estão atrelados a mudanças sociais e a resultados relacionados com a sustentabilidade socioeconômica e ecológica (com forte impacto em termos de desenvolvimento humano, coesão social, igualdade, equidade e proteção ambiental)³¹.

Desse modo, a despeito do desenvolvimento teórico das últimas décadas, as lacunas no conhecimento sobre inovação nos serviços persistem, revelando relações mais complexas do que se têm conseguido traduzir em conhecimento, e questionando a relevância, a qualidade do diagnóstico e a validade das políticas públicas. Note-se que para maximizar as funções do estado de bem-estar, os agentes governamentais têm de decidir onde investir seus orçamentos e quais processos inovadores devem ser promovidos pelas instituições do setor público³⁰. Nesse contexto, as lacunas da inovação e do desempenho comportam-se como impeditivos ao alcance do tripé da sustentabilidade, pois refletem um entendimento míope dos caminhos possíveis para a superação dos desafios relativos à sustentabilidade, à democratização e à qualidade.

Determinantes da disseminação de conhecimento e os desafios às mudanças na prática de saúde

O entendimento das inovações nos serviços de saúde não ocorre sem contradições. Ele se limita pelas questões metodológicas explicitadas na seção anterior e também pela complexidade de transpor o referencial teórico para um campo intensivo em conhecimento, com informações assimétricas e características de mercado e de bem público que coabitam em um ambiente institucional e político que varia de país para país. Por ser determinada socialmente, a pesquisa inovadora depende da trajetória conduzida por agentes que obtêm vantagens com o acúmulo sistemático de conhecimentos e de competências para gerar esforços inovadores. Por essa razão, os estudos sobre inovação em saúde focam quase exclusivamente nos ambientes de produção, o que, ainda na atualidade, tem limitado a compreensão sobre a inovação nos serviços do setor público e privado³².

O processo de inovação se dá pelo aprendizado e pela introdução de novas práticas, produ-

tos, desenhos e processos. Às vezes, o processo inovador pode se resumir à introdução de novas tecnologias no contexto organizacional, mas com frequência esse processo é fruto de um caráter interativo, na medida em que é multiagente (envolvendo organizações, agências governamentais, universidades, institutos de pesquisa, instituições financeiras, profissionais de saúde, usuários, grupos de classes, entre outros).

Há diferenças quanto à tendência de se incorporar mudanças a dependendo do fato de serem incrementais ou disruptivas^{33,34}. A inovação radical refere-se ao desenvolvimento e à introdução de um novo produto, processo ou forma de organização da produção inteiramente nova, podendo representar uma ruptura estrutural com o padrão tecnológico anterior, originando novas indústrias, setores e mercados, bem como reduzindo custos e aumentando a qualidade de produtos já existentes. Já as inovações incrementais referem-se à introdução de qualquer tipo de melhoria em um produto, processo ou organização da produção dentro de uma empresa, sem necessariamente alterar sua estrutura; em geral envolve um maior número de *stakeholders* em seu processo e não altera significativamente o *status quo* do ambiente produtivo, por isso tende a ter maior aderência. Quando inovações em saúde buscam criar uma nova estrutura ou prática organizacional, elas forçam o clínico a se aventurar fora dos assuntos que lhe são familiares nas ciências cognitivas¹⁸. A adoção desse tipo de inovação – disruptiva ou radical – tende a sofrer mais resistência, uma vez que exige toda uma nova gama de atributos de conhecimento, e por vezes alterações na infraestrutura, além de normalmente acarretarem mudanças no equilíbrio de poder¹⁸. Adicionalmente, a capacidade de inovar relaciona-se com a posição inicial ocupada por uma firma (estoque disponível prévio de conhecimento)³⁵.

Em função da evolução da estrutura demográfica, entre os demais fatores mencionados, os estudos sobre as mudanças necessárias para a sustentabilidade dos sistemas de saúde têm se multiplicado. Atores públicos e privados vêm estabelecendo novas redes de cooperação para a provisão de serviços mais eficientes, de melhor qualidade, voltados para pacientes mais exigentes, ao mesmo tempo em que avanços no âmbito da medicina e da tecnologia oferecem oportunidades para a introdução de mudanças nas práticas profissionais. No entanto, a literatura aponta marcante lacuna entre a evidência científica e sua incorporação na prática, fato que tem gerado preocupação, em função dos custos e sofrimentos evitáveis associados à não adoção de práticas cientificamente validadas¹¹. Os indícios de que

somente parcela reduzida do conhecimento baseado em evidência é incorporada aos sistemas de saúde têm despertado o interesse de pesquisadores, governos e gestores no sentido de entender o que leva à difusão e à disseminação de uma inovação (em vez de outra).

A crescente importância desse novo campo de conhecimento, denominado ciência da “disseminação”, da “difusão” ou da “implementação”^{8,36}, pode ser atribuída também aos desafios atuais que põem em xeque a sustentabilidade dos sistemas universais de saúde. Para além da análise das tecnologias custosas disseminadas nos sistemas, essa linha de pesquisa parte da documentação de inúmeras práticas baseadas em evidências que teoricamente tornariam o sistema mais seguro, mais humano e mais barato, mas não são disseminadas.

O fortalecimento do processo de difusão e disseminação de inovações bem-sucedidas é defendido também com o intuito de incorporar mudanças na gestão e na prática da atenção à saúde³⁷. O entendimento dos determinantes da inovação é condição *sine qua non* ao desenho de estratégias voltadas para fomentar inovações “desejáveis”³⁸, corroborando a tese da falta de legitimidade de políticas para o fomento de inovação sem que esses determinantes sejam conhecidos. Estudo sobre o tema¹¹ mapeia três categorias de influência na ciência da difusão: percepções da inovação (benefício percebido com a mudança, compatibilidade com valores e trajetória passada, complexidade da inovação, sua testagem e capacidade de ser observada); características das pessoas que as adotam; e, contexto (comunicação, incentivos, liderança, gerência). Outros estudos^{39,40} apontam sua relevância (além de sua efetividade, quão significativa é em um universo mais amplo de análise); sua usabilidade ou aplicabilidade (articulação e cooperação entre usuários provedores e demais atores que leva ao seu aprimoramento e a sua adequação); e sua sustentabilidade como principais atributos que facilitam ou inibem a inovação em organizações de saúde.

Os estudos parecem concordar que quanto menos complexas e quanto mais passíveis de testes em pequena escala, de baixo risco e adaptáveis no local de trabalho, maior é a tendência à sua adoção. Dentre os fatores que protagonizam o sucesso da disseminação da inovação na atenção à saúde destacam-se os mecanismos formais para encontrar as inovações que devem ser divulgadas; a capacidade de localizar e apoiar os inovadores; o investimento nos primeiros adotantes; o procedo de tornar visíveis e, portanto, observáveis, as atividades desses primeiros adotantes; a confiança e o estímulo à

reinvenção e à adaptação; a existência de recursos que favoreçam a mudança; e a liderança pelo exemplo ¹¹.

Por sua vez, as pesquisas baseadas na prática muitas vezes não recebem a atenção devida dos agentes decisórios e trabalhadores envolvidos porque se vinculam às atividades rotineiras. A despeito de poderem ser encontradas em qualquer lugar e de acontecerem em qualquer parte dos serviços de saúde, são pouco – ou nada – visíveis, inclusive para aqueles que delas fazem parte ⁴¹. Isso dificulta o esforço empresarial de rotineirização e institucionalização, e também o aprendizado cumulativo. A pesquisa baseada na prática depende essencialmente de um conhecimento pessoal, difícil de transmitir e pouco passível de codificação e compartilhamento, tal como formulado por Polanyi ⁴².

Com o propósito de mapear os processos sociais que influenciam a forma como as adaptações e inovações ocorrem nos ambientes cirúrgicos, estudiosos ⁴³ sistematizaram três componentes-chave: busca de melhorias, orientação para mudanças e condições culturais e materiais favoráveis à atuação. O resultado da pesquisa aponta que os ganhos pessoais, as características das organizações, os modelos de incentivo e as plataformas de comunicação exercem impacto particular sobre a disseminação.

Adicionalmente, autores veem com restrição a hipótese de os cirurgiões depositarem seus achados em uma base de dados, uma vez que o conhecimento compartilhado observado em seu estudo sofreu marcada influência do grau de confiança em seus pares (fator determinante da difusão de uma adaptação em seu estágio de incubação para a maturação) ⁴³. Para incorporar inovações, decorrentes ou não da prática organizacional, a classe médica teria de confiar em pesquisas sociais que não são vistas com credibilidade por muitos médicos praticantes ⁴⁰. Na realidade, estudos diversos ^{11,40,43} ressaltam o fator crítico do canal de comunicação na teoria da disseminação, dado que médicos tendem a não confiar em fontes de autoridades remotas, indicando que somente os canais sociais tendem a ser efetivos.

Ademais, vale mencionar o crescente destaque das instâncias administrativas nessa arena decisória ⁴⁴. A incorporação de determinadas inovações (em detrimento de outras) parece confirmar a existência de um padrão dependente do enquadramento organizacional, e não apenas da natureza da tecnologia ⁴⁵. Além disso, a adaptação organizacional depende da busca contínua pela inovação, permitindo a reconfiguração das rotinas internas e ofertas externas (com novos produtos, serviços e processos) ^{15,32}.

Já os riscos associados (que podem envolver morte, invalidez e desconforto permanente), aliados à tendência de priorizar autonomia e reputação, levam a uma cultura de não transparência que inibe o aprendizado e a geração de inovação ⁴⁰. Dentre fatores externos relacionados positivamente à adoção de inovações, estudo ⁴⁰ resalta o envolvimento, a motivação e o apoio dos principais atores no contexto organizacional, além da competição e da participação das organizações em redes externas. Dentre os internos, reafirma a importância da liderança do conhecimento compartilhado, da clareza dos objetivos, da motivação dos envolvidos, do baixo nível de estresse e da quantidade de recursos disponíveis, além das características demográficas da gerência (estabilidade no emprego, nível educacional, envolvimento em rede e com formadores de opinião). A mudança parece ser favorecida quando vários tipos de líderes de opinião participam das diferentes fases do processo de adoção, desde sua idealização até o detalhamento das especificações clínicas e a definição das aplicações ⁴⁰.

A racionalidade dos processos que levam à variação interorganizacional nos esforços inovadores relativos a produtos e mudanças organizacionais tem resultado na multiplicação de estudos com base na teoria comportamental ⁴⁶. Contudo, a falta de incorporação de variáveis políticas relativas ao contexto local tem causado a crescente percepção da limitação das análises deste campo teórico.

Conquanto importantes, são insuficientes para explicar o fenômeno da inovação nos serviços de saúde e para fundamentar mudanças e ações políticas voltadas para um acesso mais democrático à saúde. Ressalta-se, assim, a importância da compreensão da autonomia da prática médica e de suas expressões objetivas – que reafirmam o protagonismo da profissão – sem deixar, entretanto, de examinar a dinâmica das lutas de poder entre as várias disciplinas tradicionais e emergentes no campo da saúde e de levar em consideração os demais interesses.

Um desenvolvimento conceitual mais recente é a noção de que a base de evidências para determinadas tecnologias e práticas muitas vezes é ambígua e contestável, devendo ser continuamente interpretada e reformulada ^{15,16,47}. Até porque ignorar a existência de viés na análise da dinâmica de inovação nos serviços significaria desconsiderar que os arranjos institucionais que constituem as redes de inovação tendem a perpetuar os ciclos existentes ⁴⁸.

A análise das inovações nos serviços de saúde deve considerar três tipos de arranjos e formatos institucionais – público, filantrópico/comunitário e privado ⁴⁴ –, dado que requer a compreen-

são sobre o potencial de adaptação às mudanças e às alterações nas demandas. Sua avaliação permite concluir que o papel da inovação e sua capacidade de difusão são condicionados por uma predisposição para se adequar aos diferentes elementos do sistema; pela emergência de novos problemas de saúde; e, pela alteração nas expectativas, nos valores e normas culturais e na esfera econômica e política.

Portanto, para o estudo da inovação nos serviços de saúde, é importante mapear os diferentes agentes e interesses (*stakeholders*) envolvidos. Autores diversos^{23,24,25} ressaltam a necessidade de incorporar à análise o papel da falta de consenso sobre os construtos hipotéticos e sobre a identificação e mensuração dos processos de inovação no sucesso ou fracasso de políticas voltadas ao desenvolvimento e à implementação de inovações. Uma vez que os estudos estão concentrados no campo da administração, ou são feitos por uma classe de praticantes da saúde, eles costumam não incorporar variáveis de influência das forças de equilíbrio econômico, tecnológico e político. A importância de um estudo multiagente é enfatizada por se aproximar da *rationalité* de todos os interesses envolvidos no processo de disseminação.

Quando a análise não reflete as tecnologias dominantes e os interesses no crescente comércio de serviços de saúde, variáveis que espelham o poder de barganha dos agentes são desconsideradas. Para o avanço desse campo teórico, a falta de neutralidade da ciência tem de ser considerada⁴⁹, uma vez que o conhecimento sofre influência das estruturas de poder existentes²¹ que na atualidade tendem a estimular um perfil de consumo que não tem como ser replicado para todos e que por isso tende a gerar exclusão. Atores sociais não hegemônicos poderiam contribuir para alterar a orientação das mudanças em curso¹³, privilegiando a democratização dos sistemas de saúde.

Dessa maneira, quando se pensa a formação de conhecimento voltado à sustentabilidade dos sistemas universais, é fundamental analisar como a assimetria de informação entre os diferentes atores impacta na perpetuação dos desafios contemporâneos. Sem o acesso à informação, atores (em particular os pacientes) não têm como influenciar o desenvolvimento de novas soluções⁵⁰, motivo pelo qual é importante explicitar a expectativa em relação ao valor do serviço e sua qualidade para seus usuários.

O principal desafio é de fato aumentar a participação dos pacientes e demais *stakeholders* no processo de pesquisa, em função de seu protagonismo na melhoria da qualidade do cuidado, no ajuste da expectativa, no *feedback* ao sistema,

na seleção de projetos-pilotos de pesquisa, entre outros. A despeito disso, ainda há pouca orientação específica e estratégias para o envolvimento ativo desses atores³⁶.

O desencontro entre oferta, demanda e fonte de financiamento – que delinea os desafios da sustentabilidade dos sistemas de saúde – relaciona-se a resistências a mudanças em grande escala, porque elas alterariam o *status quo* dessa arena de poder, conforme destaca estudo⁵¹ que lista, dentre as principais barreiras às mudanças, o fato de o modelo de atenção à saúde permanecer centrado no provedor (relegando o usuário a um papel passivo). E ressalta que a mudança para um sistema *patient-owned* encontraria barreiras inclusive por parte das seguradoras de planos de saúde, já que alteraria o viés de consumo, podendo ir de encontro aos ganhos de capital desse segmento crescentemente concentrado e verticalizado.

Também chama a atenção para o impacto do modelo de financiamento e remuneração, por vezes incompatível com as tecnologias sociais; menciona que os gastos privados e públicos muitas vezes não são sinérgicos, em especial quando aqueles estimulam o consumo, que com frequência desvia recursos do sistema público e cria expectativas irreais e insustentáveis. Aponta também como barreiras às macro mudanças as práticas regulatórias restritivas, as ameaças processuais, o comportamento territorialista (especialmente quando a inovação for disruptiva) e as deficiências no desenho dos sistemas nacionais de saúde⁵¹.

Por fim, a importância da superação de lacunas de conhecimento sobre inovação nos serviços se evidencia porque os segmentos do complexo da saúde cada vez mais se organizam mercadologicamente e criam suas identidades em termos de *commodities*⁵². O deslocamento de capital tem viabilizado a formação de grandes oligopólios de prestação de serviços e bem-estar, o que pode aprofundar a tendência a sistemas de saúde duais^{53,54}, com o acirramento das diferenças de qualidade e acesso a serviços específicos entre segmentos populacionais dependentes dos sistemas públicos e privados⁵⁵.

No Brasil, estudo da dinâmica de inovações nos hospitais¹⁵ corrobora a tese acerca dos limites à universalização decorrentes do desvio de recursos públicos para o sistema privado⁵¹. É demonstrado que os recursos já escassos do setor público se destinam crescentemente à atenção da demanda privada, tornando o sistema de saúde cada vez mais desigual, tendência que vem se intensificando na conjuntura atual de crise fiscal, aliada à dependência tecnológica da indústria da saúde brasileira¹⁵.

Considerações finais

As dificuldades intrínsecas à aferição das inovações nos serviços, e a própria contemporaneidade da transição para uma economia pós-tecnológica, plasmaram concepções que atribuem caráter residual aos serviços nos esforços de inovação em uma dada economia. Um exemplo disso é a remanescente incapacidade dos órgãos estatísticos oficiais de aferirem esforços relacionados às inovações nos serviços e às tecnologias sociais, com impactos deletérios para a formulação de políticas públicas, uma vez que não se confere visibilidade a uma série de inovações e resultados normalmente associados à sustentabilidade socioeconômica e ecológica. O reconhecimento da importância desse tema na sociedade pós-industrial ainda não foi suficiente para impulsionar formulação teórica mais robusta, capaz de captar as variáveis não tecnológicas da inovação, subestimando tanto o papel dos serviços quanto das tecnologias sociais na sociedade contemporânea.

Isso se reflete nas diversas lacunas de conhecimento encontradas na revisão da literatura sobre inovação nos serviços de saúde e na dificuldade de incorporar os *stakeholders* na definição de prioridades no que diz respeito à pesquisa e à disseminação de conhecimento na saúde. O desenvolvimento desse campo de conhecimento implica avançar na realização de estudos longitudinais e multiníveis, mediante abordagem multi e interdisciplinar, visto que quase toda inovação em larga escala possui características que envolvem indivíduos, grupos de trabalho, organizações e instituições. Devem ser incorporados o poder de barganha e de veto e os interesses dos agentes diversos na análise, sobretudo o Estado, já que há importantes relações de reciprocidade entre este e os capitais investidos. A seletividade das estruturas estatais não somente influencia os padrões de acumulação, como é reciprocamente influenciada por lutas travadas anteriormente e pelas estratégias dos diferentes atores.

As limitações inerentes ao campo da inovação nos serviços de saúde geram impactos deletérios na formação da base de conhecimentos e na formulação de políticas voltadas para fomentar as mudanças necessárias para a sustentabilidade dos sistemas universais, em um contexto que envolve mudanças nas características de saúde e doença da população, transição demográfica e a uma veloz incorporação de tecnologias. Os achados científicos permitem aferir que para avançar no conhecimento sobre inovação nos serviços de saúde, objetivando inclusive trilhar caminho de sustentabilidade para os sistemas universais, ter-se-ia que: ampliar e efetivar as plataformas

dos registros de inovação; desenvolver tecnologias sociais de acordo com as quais os usuários teriam papel ativo na definição de prioridades de pesquisa e na formação da percepção da demanda; valorizar as mudanças das práticas profissionais (e não somente aquelas que envolvem inovações tecnológicas); e priorizar esforços de pesquisa sobre a inovação nos serviços.

No Brasil, tais iniciativas são ainda embrionárias em função de uma série de questões. Dentre elas, o fato de que: os estudos sobre inovação nos serviços são rarefeitos; as plataformas existentes ainda enfocam mais no registro de danos do que na valorização das mudanças; a tradição ainda hegemônica é a de limitar a inovação às iniciativas da indústria, embora existam esforços para realizar uma transição assim como para considerar o fluxo de aprendizagem de baixo para cima – dado que processos de mudança são sociais e por esse motivo não obedecem nem ao ritmo, nem trama e às expectativas de mudanças (sejam sociais sejam tecnológicas) definidas de cima a fim de baixo. Além dessas, a perpetuação do histórico papel passivo do usuário na dinâmica de inovação em saúde implica limites insuperáveis à busca de tecnologias sociais, em especial em decorrência das múltiplas direções na formação de conhecimento e nas mudanças a serem disseminadas que decorrem da diversidade dos contextos e atores com valores heterogêneos, visão que enseja a participação ativa dos diversos *stakeholders* envolvidos em processos de mudanças nas práticas de saúde.

Assim sendo, mesmo que os esforços realizados no Brasil para avançar no entendimento sobre a inovação nos serviços de saúde sejam relevantes, seus resultados são ainda incipientes. É nesse sentido que se defende que a teoria crítica pode ser instrumental, uma vez que considera a influência exercida pelo capitalismo sobre a formação de ciência para analisar as contradições entre os interesses sociais e econômicos inerentes a esse campo de conhecimento. Contempla o viés da formação do conhecimento e enfatiza a necessidade de aumentar o espectro dos interesses representados nessa arena política, como forma de pensar os elementos de formulação da teoria voltados para fomentar práticas emancipatórias, considerando-se a necessidade de produzir diagnósticos mais complexos, visto que as abordagens existentes ainda não oferecem interpretação suficiente do processo de mudança histórica envolvido. A teoria crítica oferece, desse modo, referenciais analíticos para equacionar os desafios conceituais e pragmáticos às pesquisas e estímulos às práticas emancipatórias, podendo contribuir para a formulação de interrogações e hipóteses de investigação sobre a inovação nos serviços de saúde no Brasil.

Agradecimentos

Agradecemos à pesquisadora Lígia Bahia, por seus valiosos comentários, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; processo nº 405077/2013-0) e à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz; por meio do projeto ENSP-007-LIV-07), pelo apoio direcionado ao desenvolvimento deste estudo.

Referências

- Gadelha CAG, Maldonado JVS, Vargas M, Barbosa PR, Costa LS. A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
- Lastres HMM, Cassiolato JE, Arroio A. Sistemas de inovação e desenvolvimento: mitos e realidades da economia do conhecimento. In: Lastres HMM, Cassiolato JE, Arroio A, organizadores. Conhecimento, sistemas de inovação e desenvolvimento. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/Contraponto; 2005. p. 17-50. (Coleção Economia & Sociedade).
- Lastres HMM, Cassiolato JE. Inovação e sistemas de inovação: relevância para a área de saúde. RE-CIIS 2007; 1:153-62.
- Albuquerque EM, Souza SGA, Baessa AR. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9:277-94.
- Cordeiro H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
- Lorenzetti J, Trindade LL, Pires DEP, Ramos FRS. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. Texto Contexto Enferm 2012; 21:432-9.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of changes in patients' care. Lancet 2003; 362:1225-30.
- Azar J, Adams N, Boustani M. The Indiana University Center for Healthcare Innovation and Implementation Science: bridging healthcare research and delivery to build a learning healthcare system. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2015; 109: 138-43.
- Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts: treatments for myocardial infarction. JAMA 1992; 268:240-8.
- Wennberg JE. On patient need, equity, surlier-induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. Med Care 1985; 23:512-20.
- Berwick DM. Disseminating innovation in health care. JAMA 2003; 289:1969-75.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff (Millwood) 2008; 27:759-69.
- Dagnino R. Tecnologia social: base conceitual. Ciência & Tecnologia Social 2011; 1:1-12.
- Rodrigues I, Barbieri JC. A emergência da tecnologia social: revisitando o movimento da tecnologia apropriada como estratégia de desenvolvimento sustentável. Rev Adm Pública 2008; 42:1069-94.
- Costa LS, Bahia L. Geração e trajetórias de inovação nos serviços de saúde. In: Gadelha CAG, Noronha JC, Pereira TR, organizadores. Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; no prelo.
- Costa LS, Bahia L. Notas para compreender a interação entre serviços de saúde e inovação: uma revisão da bibliografia. In: Gadelha CAG, Noronha JC, Pereira TR, organizadores. Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; no prelo.
- Organisation for Economic Co-operation and Development; Statistical Office of the European Communities. Oslo manual: guidelines for collecting and interpreting innovation data. 3rd Ed. Paris: OECD Publishing; 2005.
- Omachonu VK, Einspruch NG. Inovação nos sistemas de atenção à saúde: quadro conceitual. The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal 2010; 15:1-20.
- West MA. The social psychology of innovation in groups. In: West MA, Farr JL, editors. Innovation and creativity at work: psychological and organizational strategies. Chichester: Wiley; 1990. p. 309-34.
- Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S, et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). Lancet 2014; 384:2164-71.

21. Feenberg A. Critical theory of technology: an overview. *Tailoring Biotechnologies* 2005; 1:47-64.
22. Brenner R, Arrighi G, Harvey D. Teorizando o mundo contemporâneo. *Novos Estudos CEBRAP* 2008; 81:79-97.
23. Chaudoir SR, Dugan AG, Barr CH. Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural organizational provider patient and innovation level measures. *Implement Sci* 2013; 8:2-20.
24. Velho L. Conceitos de ciência e a política científica, tecnológica e de inovação. *Sociologias* 2011; 13:128-53.
25. Velho L. Research capacity building for development: from old to new assumptions. *Science, Technology & Society* 2004; 9:172-207.
26. Moreira MF, Vargas ER. Compras para a inovação: casos de inovações induzidas por clientes públicos. *RAM – Revista de Administração Mackenzie* 2012; 13:232-57.
27. Djellal F, Gallouj F, Miles I. Two decades of research on innovation in services. Which place for public services? *Structural Change and Economic Dynamics* 2013; 27:98-117.
28. Gallouj F. Services innovation: assimilation, differentiation, inversion and integration. In: Bidgoli H, editor. *The handbook of technology management*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2010. p. 989-1000.
29. Lima DH, Vargas ERV. Estudos Internacionais sobre inovação no setor público: como a teoria da inovação em serviços pode contribuir? *Rev Adm Pública* 2012; 46:385-401.
30. Windrum P, García-Goñi M. A neo Schumpeterian model of health services innovation. *Res Policy* 2008; 37:649-72.
31. Djellal F, Gallouj F. Innovation gap, performance gap and policy gap in the service economies. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01111800/document> (acessado em 13/Jul/2015).
32. Salge TO. The temporal trajectories of innovative search: insights from public hospital services. *Res Policy* 2012; 41:720-33.
33. Schumpeter JA. *The theory of economic development*. Cambridge: Harvard University Press; 1934.
34. Harvard Business Essentials. *Managing creativity and innovation*. Boston: Harvard Business School Press; 2003.
35. Caetano R. Paradigmas e trajetórias do processo de inovação tecnológica em saúde. *Physis (Rio J.)* 1998; 8:71-94.
36. Schmittiel JA, Desai J, Schroeder EB, Paolino AR, Nichols GA, Lawrence JM, et al. Methods for engaging stakeholders in comparative effectiveness research: a patient-centered approach to improving diabetes care. *Healthcare* 2015; 3:80-8.
37. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004; 82:581-629.
38. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Dommelen PV, Buuren SV. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *Int J Qual Health Care* 2014; 26:501-10.
39. Lehoux P, Willian-Jones B, Miller F, Urbach D, Taillez S. What leads to better health care innovation? Arguments for an integrated policy-oriented research agenda. *J Health Serv Res Policy* 2008; 13:251-4.
40. Länsisalmi H, Kivimäki M, Aalto P, Ruoronen R. Innovation in healthcare: a systematic review of recent research. *Nurs Sci Q* 2006; 19:66-72.
41. Salge TO, Vera A. Hospital innovativeness and organizational performance: evidence from English public acute care. *Health Care Manage Rev* 2009; 34:54-67.
42. Soares MLC. *A estrutura do conhecimento tácito em Polanyi: um paradigma pós-crítico para a epistemologia*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2012.
43. Apramian T, Watling C, Lingard L, Cristancho S. Adaptation and innovation: a grounded theory study of procedural variation in the academic surgical workplace. *J Eval Clin Pract* 2015; 21:911-8.
44. Kaluzny AD. Innovation in health services: theoretical framework and review of research. *Health Serv Res* 1974; 9:101-20.
45. Kaluzny AD, Veney JE. Attributes of health services as factors in program implementation. *J Health Soc Behav* 1973; 14:124-33.
46. Salge TO. A behavioral model of innovative search: evidence from public hospital services. *J Public Adm Res Theory* 2011; 21:181-210.
47. Ferlie E, Gabbay J, Fitzgerald L, Locock L, Dopson S. Evidence-based medicine and organisational change: an overview of some recent qualitative research. In: Ashburner L, editor. *Organisational behaviour and organisational studies in health care: reflections on the future*. Basingstoke: Palgrave; 2001. p. 18-42.
48. Gardner J, Williams C. Responsible research and innovation: a manifesto for empirical ethics? *Clin Ethics* 2015; 10:1-8.
49. Voirol O. Teoria crítica e pesquisa social: da dialética à reconstrução. *Novos Estudos CEBRAP* 2012; 93:81-99.
50. Wass S, Vimarlund V. Challenges of stimulating a market for social innovation: provision of a National Health Account Digital Healthcare Empowering Europeans. <http://person.hst.aau.dk/ska/MIE2015/Papers/SHTI210-0546.pdf> (acessado em 27/Jul/2015).
51. Gorman D. On the barriers to significant innovation in and reform of healthcare. *Intern Med J* 2015; 45:597-9.
52. Pereira JCR, Baltar VT, Mello DL. Sistema nacional de inovação em saúde: relações entre áreas da ciência e setores econômicos. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:1-8.
53. Menicucci TMG. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
54. Menicucci TMG. *O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas*. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1620-5.
55. Santos MAB, Passos SRL. Comércio internacional de serviços e complexo industrial da saúde: implicações para os sistemas nacionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:1483-93.

Abstract

The contemporary context of population aging, its different health and disease characteristics, and the growing incorporation of technologies by healthcare systems have highlighted the need to adjust the healthcare structure as a whole. The defense of a democratic and sustainable system reveals the importance of understanding how changes in healthcare take place. The current article aims to contribute to the understanding of innovation in healthcare services. The study's results indicate that the existence of certain knowledge gaps means that public policies tend to overlook a whole range of innovations normally associated with social change, with a consequent impact on human development, social cohesion, equality, and equity, all issues that are central to the field of public healthcare. The article concludes that the lack of a mature theoretical framework negatively impacts the formulation of such policies, further aggravated in Brazil by growing differences in quality and access between population segments that depend on the public and private healthcare systems.

Healthcare Services; Diffusion of Innovation; Healthcare Policy; Sustainable Development; Innovation

Resumen

El contexto contemporáneo de envejecimiento y las características de salud y enfermedad de la población, aliados a la creciente incorporación tecnológica en los sistemas de salud, ha apuntado la necesidad de adecuación de la estructura de atención. La defensa de un sistema democrático y sostenible evidencia la importancia de entender cómo se establecen los procesos relacionados con los cambios en la salud. En este escenario, el presente artículo tiene por objetivo profundizar en el entendimiento sobre la innovación en los servicios de salud. Los resultados de la investigación indicaron que algunas lagunas en el conocimiento conducen a las políticas públicas a ser negligentes con una serie de innovaciones, normalmente asociadas a cambios sociales con impacto en el desarrollo humano, cohesión social, igualdad y equidad, temas centrales en el campo de la salud colectiva. Y concluye que la falta de un marco referencial teórico maduro tiene impactos devastadores para la formulación de esas políticas, cuadro agravado en Brasil, donde se observan diferencias crecientes en la calidad y disponibilidad de acceso entre los segmentos poblacionales dependientes de los sistemas públicos y privados.

Servicios de Salud; Difusión de Innovaciones; Política de Salud; Desarrollo Sostenible; Innovación

Recebido em 14/Set/2015

Versão final rerepresentada em 22/Fev/2016

Aprovado em 22/Fev/2016