



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**



NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA

Proposta para Implementação de Inovações para o Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo

**VITÓRIA-ES
2024**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**



NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA

Proposta para Implementação de Inovações para o Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Gestão Pública, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Orientador Prof. Dr. Bruno Henrique Fiorin

**VITÓRIA-ES
2024**

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

O48p Oliveira, Nayara, 1991-
Proposta para Implementação de Inovações para o Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo / Nayara Oliveira. - 2024.
118 p. : il.

Orientador: Bruno Fiorin.
Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) -
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Saúde pública. 2. Administração pública. 3. Difusão de inovações. I. Fiorin, Bruno. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 35

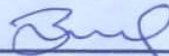
NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**Proposta para Implementação de Inovações para o Sistema Único
de Saúde no estado do Espírito Santo**

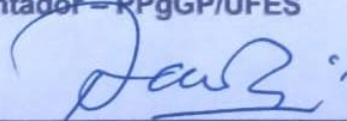
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Aprovado em 06 de Setembro de 2024.

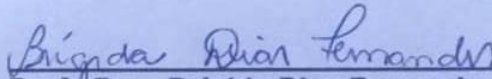
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.Dr. Bruno Henrique Fiorin
Orientador – PPgGP/UFES



Prof.Dr. Thalm de Paiva Coelho Junior
Membro Interno – PPgGP/UFES



Profa.Dra. Brígida Dias Fernandes
Membro Externo – ICEPI

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus agradecimentos, repletos de carinho, aos meus familiares, amigos e namorado pelo constante incentivo e por acreditarem em minhas conquistas ao longo desta e de tantas outras jornadas. Sou grata pela compreensão e apoio incondicional que me proporcionaram durante os momentos de ausência, permitindo-me concentrar nos estudos e no desenvolvimento deste projeto de dissertação.

Da mesma forma, manifesto minha profunda gratidão à Universidade Federal do Espírito Santo e ao Programa de Mestrado em Gestão Pública, por me proporcionarem uma oportunidade única de ampliar meus conhecimentos e aprofundar minha formação acadêmica. Agradeço a todo o corpo docente, e em especial meu orientador, Bruno, cuja dedicação e expertise foram fundamentais para o enriquecimento da minha trajetória acadêmica. Também agradeço aos colegas de turma, que estiveram ao meu lado, compartilhando angústias e felicidades ao longo dessa jornada.

Agradeço ao Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação, cujo ambiente propício à reflexão, aprendizagem e proposição foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço especialmente aos trabalhadores do instituto que me inspiraram com suas trajetórias de luta e dedicação ao Sistema Único de Saúde. Sem dúvida, o exemplo e o comprometimento desses profissionais foram uma fonte de motivação e aprendizado para minha trajetória acadêmica, profissional e pessoal.

Por fim, expresso minha gratidão a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram em minha trajetória acadêmica. Cada um de vocês fez e faz parte do meu crescimento pessoal e profissional. Muito obrigada!

RESUMO

A pesquisa e a inovação desempenham papéis fundamentais no aprimoramento dos cuidados de saúde, e no Brasil, este compromisso foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e reforçado pela criação de políticas como a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNITS) e a Agenda de Prioridades de Pesquisa no Ministério da Saúde. No âmbito estadual, esta pauta se tornou estratégica por meio da criação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) em 2019. Desde a sua criação, o ICEPi tem desenvolvido projetos visando o desenvolvimento científico, tecnológico e a inovação, atuando em parceria com municípios e demais serviços de saúde. Apesar dos resultados relevantes alcançados, que contribuíram para melhorias no acesso e qualidade dos serviços de saúde no Espírito Santo, ainda é necessário otimizar os métodos de implementação das inovações, visando maior eficácia e sustentabilidade. Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo propor estratégias para aumentar a eficácia na implementação de inovações na saúde pública capixaba. A metodologia adotada foi aplicada, exploratória e utilizou uma abordagem quanti-qualitativa por meio da pesquisa-ação. Para coletar dados quantitativos, foi aplicado um questionário online baseado nos domínios do Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), direcionado a uma amostra de 34 participantes. Para coletar dados qualitativos, foi realizado um grupo focal com uma amostra de 5 pessoas, sendo o grupo moderado e as perguntas norteadoras também baseadas no CFIR. A integração dos dados foi realizada por comparação lado a lado. Os resultados desta pesquisa identificaram os principais facilitadores e barreiras na implementação de inovações na saúde pública capixaba, como a adaptabilidade da inovação às necessidades locais, a existência de parcerias e conexões com entidades externas e a infraestrutura interna das organizações de saúde. Com base nessas descobertas, foi desenvolvido um *roadmap* e manual de implementação de inovações no SUS-ES, estruturado em sete etapas principais: avaliação do ambiente interno e externo, planejamento da inovação, engajamento das partes interessadas, capacitação das equipes, implementação com ajustes contínuos, e sustentação e expansão da inovação. Este *roadmap* fornece as etapas e atividades para orientar gestores e profissionais de saúde na introdução de novas práticas e tecnologias, promovendo uma cultura de inovação contínua e sustentável.

Palavras-chave: Gestão Pública; Ciência da Implementação; Saúde Pública; Inovação.

ABSTRACT

Research and innovation play fundamental roles in enhancing healthcare, and in Brazil, this commitment was established by the 1988 Federal Constitution and reinforced by policies such as the National Policy on Science, Technology, and Innovation in Health (PNITS) and the Research Priorities Agenda of the Ministry of Health. At the state level, this agenda became strategic with the creation of the Capixaba Institute of Teaching, Research, and Health Innovation (ICEPi) in 2019. Since its inception, ICEPi has developed projects aimed at scientific, technological, and innovation development, working in partnership with municipalities and other health services. Despite significant results achieved, which contributed to improvements in access and quality of healthcare services in Espírito Santo, it is still necessary to optimize methods for implementing innovations, aiming for greater efficacy and sustainability. Thus, this research aimed to propose strategies to increase the effectiveness of implementing innovations in public health in Espírito Santo. The methodology adopted was applied, exploratory, and used a quanti-qualitative approach through action research. To collect quantitative data, an online questionnaire based on the domains of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) was administered to a sample of 34 participants. For qualitative data collection, a focus group with a sample of 5 people was conducted, with the group moderated and guiding questions also based on the CFIR. Data integration was performed through side-by-side comparison. The results of this research identified the main facilitators and barriers in the implementation of innovations in public health in Espírito Santo, such as the adaptability of the innovation to local needs, the existence of partnerships and connections with external entities, and the internal infrastructure of health organizations. Based on these findings, a roadmap for implementing innovations in the SUS-ES was developed, structured in seven main stages: evaluation of the internal and external environment, innovation planning, stakeholder engagement, team training, implementation with continuous adjustments, and sustainability and expansion of the innovation. This roadmap offers the steps and activities to guide managers and health professionals in introducing new practices and technologies, promoting a culture of continuous and sustainable innovation.

Keywords: Public Management; Implementation Science; Public Health; Innovation.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----------|
| QUADRO 1 - ESTRUTURA DO CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH | 21 |
| QUADRO 2 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA REVISÃO DE LITERATURA | 26 |
| QUADRO 3 - OBJETIVOS, INSTRUMENTO DE COLETA E TIPO DE ANÁLISE DA PESQUISA..... | 31 |
| QUADRO 4 - ANÁLISE DO PORTFÓLIO DA REVISÃO DE LITERATURA .. | 39 |
| QUADRO 5 - INTEGRAÇÃO DOS DADOS DO GRUPO FOCAL E DO QUESTIONÁRIO..... | 60 |
| QUADRO 6 - FACILITADORES E BARREIRAS..... | 61 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----------|
| GRÁFICO 1 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA ANUAL GERAL DA REVISÃO DE LITERATURA | 34 |
| GRÁFICO 2 - FONTES MAIS RELEVANTES DA REVISÃO DE LITERATURA . | 35 |
| GRÁFICO 3 - AUTORES MAIS RELEVANTES DA REVISÃO DE LITERATURA | 35 |
| GRÁFICO 4 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA ANUAL – PORTFÓLIO DA REVISÃO DE LITERATURA | 36 |
| GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA POR PROJETO | 41 |
| GRÁFICO 6 - FAIXA ETÁRIA DOS RESPONDENTES DA PESQUISA..... | 42 |
| GRÁFICO 7 - TEMPO DE ATUAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO PGAQ..... | 43 |
| GRÁFICO 8 - FACILITADORES DA IMPLEMENTAÇÃO - DOMÍNIO CARACTERÍSTICAS DA INOVAÇÃO..... | 44 |
| GRÁFICO 9 - FACILITADORES DA IMPLEMENTAÇÃO – DOMÍNIO CONTEXTO EXTERNO | 45 |
| GRÁFICO 10 - FACILITADORES DA IMPLEMENTAÇÃO – DOMÍNIO AMBIENTE INTERNO..... | 46 |
| GRÁFICO 11 - FACILITADORES DA IMPLEMENTAÇÃO – DOMÍNIO PAPÉIS DOS INDIVÍDUOS..... | 47 |
| GRÁFICO 12 - FACILITADORES DA IMPLEMENTAÇÃO – DOMÍNIO CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS..... | 47 |
| GRÁFICO 13 - BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO – DOMÍNIO CARACTERÍSTICAS DA INOVAÇÃO..... | 48 |
| GRÁFICO 14 - BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO – DOMÍNIO CONTEXTO EXTERNO | 49 |

| | |
|--|-----------|
| GRÁFICO 15 - BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO – DOMÍNIO AMBIENTE INTERNO | 50 |
| GRÁFICO 16 - BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO – DOMÍNIO PAPÉIS DOS INDIVÍDUOS | 51 |
| GRÁFICO 17 - BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO – DOMÍNIO CARACTERÍSTICA DOS INDIVÍDUOS..... | 51 |
| GRÁFICO 18 - MÉDIA DE RESPOSTAS POR PARTICIPANTE EM CADA DOMÍNIO DO CFIR..... | 52 |

LISTA DE SIGLAS

- AdTS:** Avaliação de desempenho da Tecnologia em Saúde
- ANPPS:** Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde
- ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APS:** Atenção Primária à Saúde
- CFIR:** Consolidated Framework for Implementation Research
- CIS:** Complexo Industrial da Saúde
- CONITEC:** Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
- DGITS:** Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde
- EGA:** Escritórios de Gestão de Alta
- EPIS:** Exploration, Preparation, Implementation Sustainment
- ERIC:** Expert Recommendation for Implementing Change
- FPAS:** Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil
- GEOR:** Gestão estratégica orientada a resultados
- GECIS:** Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde
- ICEPI:** Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde
- MH:** Medicina Hospitalista
- MS:** Ministério da Saúde
- NIR:** Núcleos Internos de Regulação Hospitalar
- NQSP:** Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente
- PARIHS:** Promoting Action on Research Implementation in Health Services
- PGAQ:** Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde
- PHASER:** Veterans Affairs Pharmacogenomic Testing for Veterans
- PNCTI:** Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação
- PNCTIS:** Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
- PNHOSP:** Política Nacional de Atenção Hospitalar
- PNITS:** Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde
- PNSP:** Programa Nacional de Segurança do Paciente
- PPGGP:** Programa de Mestrado em Gestão Pública
- SCTIE:** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SESA: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES: Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 1 |
| 1.1 | TEMPORALIDADES..... | 1 |
| 1.2 | O TEMA | 3 |
| 1.3 | O CONTEXTO E O PROBLEMA | 3 |
| 1.4 | OBJETIVOS..... | 8 |
| 1.5 | PRODUTO TÉCNICO | 8 |
| 1.6 | DELIMITAÇÃO E JUSTIFICATIVA | 9 |
| 2 | APORTE TEÓRICO | 17 |
| 3 | MÉTODOS E PROCEDIMENTOS | 22 |
| 3.1 | ETAPA 1: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA..... | 23 |
| 3.2 | ETAPA 2: DIAGNÓSTICO..... | 26 |
| 3.3 | ETAPA 3 - CRIAÇÃO DO ROADMAP E MANUAL DE IMPLEMENTAÇÃO DE INOVAÇÕES NO SUS | 30 |
| 3.4 | ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA..... | 31 |
| 4 | RESULTADOS | 33 |
| 4.1 | REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA | 33 |
| 4.2 | DIAGNÓSTICO - QUESTIONÁRIO | 41 |

| | |
|---|----|
| 4.2.1. ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA | 41 |
| 4.2.2 FACILITADORES | 44 |
| 4.2.3 BARREIRAS | 48 |
| 4.3 DIAGNÓSTICO - GRUPO FOCAL..... | 52 |
| 4.3.1. AMBIENTE INTERNO..... | 53 |
| 4.3.2. CONTEXTO EXTERNO | 55 |
| 4.3.3. INDIVÍDUOS | 56 |
| 4.3.4. CARACTERÍSTICAS DA INOVAÇÃO..... | 59 |
| 4.4 DIAGNÓSTICO - INTEGRAÇÃO DOS DADOS | 59 |
| 4.5 DIAGNÓSTICO - FACILITADORES E BARREIRAS | 60 |
| 4.6 PRODUTOS TÉCNICOS/TECNOLÓGICOS – ROADMAP E MANUAL DE IMPLEMENTAÇÃO DE INOVAÇÕES NO SUS-ES..... | 61 |
| 5 DISCUSSÃO..... | 64 |
| 5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA | 64 |
| 5.2 BARREIRAS E FACILITADORES..... | 66 |
| 5.2.1. INTEGRAÇÃO DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO E DO GRUPO FOCAL..... | 66 |
| 5.2.2. CARACTERÍSTICAS DA INOVAÇÃO..... | 68 |
| 5.2.3. CONTEXTO EXTERNO | 71 |
| 5.2.4 AMBIENTE INTERNO..... | 73 |

| | |
|--|------------|
| 5.2.5. INDIVÍDUOS | 77 |
| 5.3 RELEVÂNCIA DA PESQUISA | 78 |
| 5.4 LIMITAÇÕES | 80 |
| 6 CONCLUSÃO | 82 |
| REFERÊNCIAS..... | 84 |
| APÊNDICE A – MODELO DO QUESTIONÁRIO..... | 92 |
| APÊNDICE B – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL | 100 |
| APÊNDICE C – DOCUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA E CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO | 102 |
| APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP..... | 105 |
| APÊNDICE E – MODELO DO TCLE - QUESTIONÁRIO | 107 |
| APÊNDICE F – MODELO DO TCLE – GRUPO FOCAL..... | 111 |
| APÊNDICE G – MANUAL DE IMPLEMENTAÇÃO DE INOVAÇÕES NO SUS- ES | 114 |

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 TEMPORALIDADES

Desde muito tempo, possuo o desejo de fazer parte de uma transformação capaz de assegurar direitos e melhorar a vida das pessoas. Meu primeiro passo para alcançar este objetivo foi seguir a graduação em Engenharia de Minas, uma vez que enquanto cidadã mineira, tenho consciência do impacto da atividade mineradora em meu estado. Para além dos conhecimentos técnicos, esta escolha me proporcionou a oportunidade de participar de projetos acadêmicos e profissionais que tiveram um impacto significativo no âmbito social, contribuindo para minha compreensão do papel fundamental das políticas públicas como catalisadoras da transformação da sociedade. Desta forma, após minha graduação decidi ampliar mais meu escopo de atuação por meio da especialização em Gerenciamento de projetos, ampliando meus conhecimentos e habilidades para planejar, executar e monitorar projetos complexos em diversos setores.

A pós-graduação em Gerenciamento de projetos possibilitou meu ingresso na gestão pública, quando assumi, em 2018, a posição de Gestora de Projetos Estratégicos da Secretaria de Estado de Economia e Planejamento do Espírito Santo. Nesta função tive a oportunidade de atuar na elaboração e monitoramento do Planejamento Estratégico do Governo do Estado e no gerenciamento intensivo dos programas e projetos prioritários em diversas áreas, incluindo saúde, cultura, segurança e educação. Com esta experiência obtive um profundo entendimento das complexidades e desafios envolvidos na formulação e execução de políticas públicas de impacto, reforçando ainda mais minha convicção sobre o poder transformador que essas iniciativas podem ter na sociedade.

Após três anos como responsável pelo monitoramento estratégico da pasta da saúde, em 2021 fui convidada a assumir a Coordenação de Projetos de Inovação e Captação de Recursos na Saúde no Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), um instituto de ciência e tecnologia vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Nesse cargo,

tinha como atribuição coordenar o modelo de gestão do portfólio da instituição, que englobava, à época, mais de 70 projetos nas áreas de ensino, pesquisa e inovação. Além disso, atuava na elaboração e difusão da metodologia de gestão dos projetos, bem como na captação de recursos visando à sustentabilidade financeira do Instituto.

Desta forma, minha prática profissional foi direcionada à elaboração, implantação e institucionalização de métodos e ferramentas de gerenciamento de projetos, com o intuito principal de contribuir para o desenvolvimento e a incorporação das inovações desenvolvidas e/ou implementadas pelos projetos do Instituto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Espírito Santo. No entanto, apesar dos diversos avanços alcançados por meio dessas práticas, elas se mostravam insuficientes para superar os desafios que envolviam a efetiva incorporação de inovações na saúde pública capixaba, a fim de que elas tivessem um impacto real e sustentável na melhoria dos serviços de saúde prestados à população do Espírito Santo.

Assim, o Mestrado em Gestão Pública na Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) emergiu como uma possibilidade de aprofundar meus conhecimentos e explorar teorias e abordagens inovadoras para contribuir com minha prática profissional. Reconhecendo os desafios persistentes na implementação de inovações no contexto da saúde pública capixaba, percebi a necessidade de expandir minha base de conhecimento teórico e aprimorar minhas habilidades de pesquisa e análise.

No mestrado fui apresentada à Ciência da Implementação, que apesar de amplamente difundida em países desenvolvidos no contexto da saúde, ainda é pouco utilizada no Brasil, especialmente no âmbito do serviço público. Esta ciência busca compreender os processos e as estratégias que promovem a adoção efetiva e sustentável de inovações e intervenções baseadas em evidências na prática clínica e nas políticas de saúde.

No Brasil, ainda há um longo percurso a ser percorrido para que a Ciência da Implementação seja plenamente integrada nas políticas e práticas de saúde, especialmente no setor público. Como mestranda em Gestão Pública, pretendo

explorar e contribuir para o avanço desta ciência, buscando aplicar seus princípios e métodos em meu trabalho e promovendo seu reconhecimento como uma ferramenta importante para a incorporação de inovações visando a melhoria dos serviços públicos de saúde no país.

1.2 O TEMA

Este projeto de dissertação tem como tema investigar a implementação de inovações no Sistema Único de Saúde no estado do Espírito Santo. Para alcançar esse objetivo, este projeto se fundamentará na ciência da implementação, que se concentra no estudo científico de métodos para promover a adoção sistemática de descobertas de pesquisas e práticas baseadas em evidências na rotina dos serviços de saúde (ECCLES; MITTMAN, 2006). A ciência da implementação busca superar os desafios relacionados à implementação de inovações, identificando estratégias eficazes para enfrentar obstáculos e facilitar a mudança. Desse modo, ela se torna um componente essencial em sistemas de saúde voltados para a aprendizagem e melhoria contínua (BAUER et al., 2015).

No âmbito deste projeto, será adotada a definição proposta por Rogers (1983) para o termo "inovação". Nessa perspectiva, a inovação é compreendida como a introdução de novas ideias, práticas ou objetos que são percebidos como novos pelos indivíduos que as adotam. A percepção individual da novidade desempenha um papel fundamental na resposta das pessoas à inovação, independentemente do critério objetivo do tempo desde sua primeira utilização ou descoberta. Mesmo que alguém já esteja familiarizado com uma inovação, é possível que ainda não tenha desenvolvido uma opinião favorável ou desfavorável sobre ela, nem tenha tomado uma decisão clara de adoção ou rejeição. Portanto, o aspecto de "novidade" de uma inovação pode ser compreendido em termos de conhecimento, persuasão e tomada de decisão em relação à sua adoção.

1.3 O CONTEXTO E O PROBLEMA

A temática da inovação tem ganhado destaque no âmbito do Sistema Único de Saúde no Espírito Santo, representando uma abordagem para enfrentar os

crecentes e complexos desafios da saúde pública. Nesse contexto, o Governo Estadual criou o ICEPi, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo (SESA), por meio da Lei Complementar Estadual nº 909 de 2019. Essa iniciativa seguiu, em certa medida, uma tendência nacional de criação de Escolas de Saúde Pública, estruturas vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde e que desempenham um papel fundamental na formulação e/ou execução de programas e políticas relacionadas à formação e desenvolvimento de profissionais e gestores na área da saúde, abrangendo tanto os programas de formação técnica quanto os de pós-graduação (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2020).

Contudo, o estado do Espírito Santo diferenciou-se ao adotar uma abordagem pioneira ao estabelecer o ICEPi, que assumiu simultaneamente o papel de instituto de ciência e tecnologia e de escola de saúde pública. Essa iniciativa singular atuaria então com capacitação, aprimoramento profissional e investigação científica e tecnológica, tanto de natureza básica quanto aplicada, com o propósito de elevar a eficácia e a excelência dos serviços fornecidos pelo SUS (ESPÍRITO SANTO, 2019). Entre as competências do ICEPi estão:

- I - formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;
- II - educação permanente;
- III - integração entre ensino, serviço e comunidade;
- IV - pesquisa científica e inovação tecnológica;
- V - dimensionamento, provimento e fixação de profissionais da saúde;
- VI - tecnologia da informação e comunicação para a saúde; e
- VII - formação e qualificação dos trabalhadores da saúde de nível médio (ESPÍRITO SANTO, 2019).

É relevante frisar também as finalidades para as quais o Instituto foi estabelecido. Estas finalidades incluem, em primeiro lugar, a formulação e proposição de políticas dentro de suas áreas de atuação. Além disso, tem o propósito de fortalecer as capacidades operacionais, tecnológicas e gerenciais tanto da SESA quanto das Secretarias Municipais de Saúde. Adicionalmente, está voltado para o desenvolvimento de programas que abrangem a capacitação, formação profissional, aprimoramento, residências médicas e multiprofissionais, e também programas de pós-graduação (ESPÍRITO SANTO, 2019).

O ICEPi também tem como objetivo a organização dos campos de práticas no contexto dos serviços de saúde públicos e complementares e a manutenção de redes e laboratórios de pesquisa, fomentando assim um ambiente propício para o desenvolvimento de estudos inovadores. Além disso, deve promover ativamente a incorporação de práticas de saúde alinhadas com as necessidades sociais, ambientais, epidemiológicas, clínicas e de gestão do SUS, buscando uma abordagem completa e abrangente para a promoção da saúde pública (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Do ponto de vista organizacional, o Instituto foi criado como uma unidade administrativa vinculada à estrutura da Secretaria de Estado da Saúde, sendo incorporado ao seu organograma com a mesma hierarquia das demais subsecretarias, subordinando-se ao gabinete do Secretário de Saúde. Sua estrutura interna é composta pela Gerência da Escola de Saúde Pública e pela Gerência de Inovação, não tendo sido necessária a criação de novos cargos e aumento com a despesa de pessoal. O ICEPi conta com aproximadamente 100 funcionários diretamente vinculados e cerca de outros 2.000 profissionais envolvidos em projetos. Em relação aos recursos financeiros, possui um orçamento anual estimado em torno de 200 milhões de reais (MASSUDA et al., 2022).

Desde a sua criação, o ICEPi tem demonstrado resultados relevantes para a saúde pública, como a melhoria nos processos de regulação do acesso, na ampliação da rede de atenção e no aprimoramento dos leitos hospitalares, contribuindo para o fortalecimento da atenção hospitalar, por meio dos Núcleos Internos de Regulação, Medicina Hospitalista, Escritório de Gestão de Altas e Autorregulação Formativa Territorial. Enquanto resultados principais destes projetos, ressalta-se a redução de 62% no tempo médio de resposta da regulação entre 2018 e 2022, a redução do tempo médio de resolução de pendências de 4,95 dias em julho de 2021 para 0,82 dias em novembro de 2021 e a redução do tempo de permanência em quatro hospitais do estado com conseqüente aumento da capacidade de internações (MASSUDA et al., 2022).

Merece destaque ainda o programa Qualifica APS (Atenção Primária à Saúde), que atua com a contratação, provimento e qualificação de profissionais para a Atenção Primária à Saúde, fornecendo apoio aos municípios que enfrentam dificuldades na atração e retenção de profissionais, especialmente médicos. Cerca de metade das equipes de Saúde da Família nos municípios do estado são formadas por profissionais do programa Qualifica APS, ou seja, mais de 500 equipes nessa situação. Além disso, o instituto desenvolveu ferramentas tecnológicas para o monitoramento e avaliação, que se mostraram fundamentais para embasar a tomada de decisões, além de realizar diversas pesquisas em saúde. Ressalta-se ainda o desenvolvimento de ferramentas para resposta à pandemia de Covid-19, como o Painel Covid-19, o Projeto Sala de Situação, a plataforma Vacina e Confia e o projeto de pesquisa de aplicação de meia dose da vacina da AstraZeneca/ Fiocruz (MASSUDA et al., 2022).

Demonstra-se assim, que apesar de sua criação recente, o ICEPi teve uma atuação estratégica com o desenvolvimento de projetos de inovação e formação, em parceria com os serviços de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, hospitais, Superintendências Regionais de Saúde e no nível central da Secretaria de Estado da Saúde. O instituto tem empenhado esforços no cumprimento do Artigo 9º de sua lei de criação, que determina o incentivo do desenvolvimento de produtos, processos e serviços inovadores no âmbito da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2019).

No entanto, por se tratar de uma estrutura nova no contexto do Governo Estadual e da Secretaria de Estado da Saúde, o ICEPi enfrentou e ainda enfrenta alguns desafios na sua operacionalização e de seus projetos. Um desses desafios diz respeito à necessidade de normativos específicos relacionados à execução de projetos e à incorporação das inovações na gestão estadual do SUS no Espírito Santo, uma vez que a lei de criação do instituto estabelece somente a obrigatoriedade de um plano de trabalho individual, incluindo objetivos, metas, atividades, indicadores de monitoramento e cronograma de atividades (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Para suprir esta necessidade, foi adotado um modelo de gestão baseado nas melhores práticas de Gerenciamento de projetos e também na Gestão

estratégica orientada a resultados (GEOR), com o objetivo de aumentar a probabilidade de sucesso dos projetos. Sendo assim, todos os projetos do ICEPi foram estruturados e pactuados por planos de projetos abrangendo escopo, cronograma, controle e avaliação. Esses planos funcionam como guias principais para o monitoramento dos projetos, englobando elementos essenciais como atividades, prazos, partes interessadas, premissas, restrições, requisitos e riscos. O monitoramento dos planos é realizado por meio de uma rotina sistemática de reuniões, durante as quais são identificados e tratados os principais problemas relacionados à implantação e execução dos projetos, visando uma rápida resolução para alcançar melhores resultados (ESPÍRITO SANTO, 2022).

A implementação desta estratégia resultou em avanços significativos tanto no nível dos projetos quanto no nível organizacional. Observou-se uma melhoria na gestão do conhecimento, com a qualificação e agilidade no compartilhamento de informações relacionadas ao progresso dos projetos. Além disso, houve um aumento na conformidade com os prazos estabelecidos e uma maior qualidade nas entregas realizadas. No entanto, apesar dos progressos alcançados, ainda persistem desafios significativos, especialmente no que diz respeito à implementação e incorporação das inovações desenvolvidas nos serviços de saúde. Identifica-se a existência de obstáculos que dificultam a efetiva aplicação das soluções inovadoras no contexto dos serviços de saúde, o que limita a adoção e os benefícios proporcionados por essas inovações.

Tem sido constatado pela gestão do ICEPi e pelos líderes de projetos que as inovações desenvolvidas não têm sido implementadas de forma eficiente e efetiva nos serviços de saúde, uma vez que este processo é marcado pela resistência e baixa qualificação dos profissionais que atuam nos serviços. Esse cenário é agravado pelo baixo engajamento da alta gestão dos serviços de saúde e dos próprios usuários, o que leva a atrasos na implementação e limita o pleno potencial das inovações. Percebe-se ainda que uma mesma inovação pode gerar resultados distintos quando aplicada em diferentes contextos de serviço. Isso evidencia a complexidade envolvida no processo de implementação e incorporação de inovações, uma vez que fatores contextuais,

como características do serviço, recursos disponíveis, cultura organizacional e perfil dos profissionais de saúde e da alta gestão, podem impactar os resultados obtidos.

Desta forma, questiona-se: Como aumentar a eficácia na implementação de inovações na saúde pública capixaba?

1.4 OBJETIVOS

Uma vez descritos o tema da pesquisa, o contexto, o problema e efetuado seu questionamento central, foi elaborado o objetivo geral que consiste em propor estratégias com potencial de melhorar a implementação de inovações na saúde pública capixaba. Os objetivos específicos traçados consistem em:

- Mapear e analisar pesquisas de implementação em contextos de saúde pública.
- Identificar os principais facilitadores e barreiras na implementação de inovações na saúde pública capixaba.
- Desenvolver produtos tecnológicos que orientem a implementação de inovações no SUS capixaba.

1.5 PRODUTO TÉCNICO

Com o desenvolvimento desta pesquisa, espera-se obter enquanto produtos técnicos/tecnológicos:

- Processo/Tecnologia não patenteável: *Roadmap* de Implementação de Inovações no SUS-ES;
- Manual: Manual de Implementação de Inovações no SUS-ES.

Os produtos técnicos/tecnológicos resultantes desta pesquisa encontram-se em consonância com a Linha Pesquisa 2 do Programa de Mestrado em Gestão Pública (PPGGP): Gestão de Serviços Públicos e Inovação, se inserindo no Projeto Estruturante 4: Transformação e inovação organizacional.

1.6 DELIMITAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa possui um escopo delimitado ao Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde (PGAQ), que possui abrangência estadual, uma vez que está presente em 13 hospitais nas 03 regiões de saúde do Espírito Santo.

O PGAQ foi instituído enquanto programa pela Portaria ICEPi nº 015-R, de 16 de novembro de 2021, unificando projetos que já estavam em execução na instituição e criando novos projetos que contribuíssem para atingir os benefícios esperados. Fazem parte do programa 05 projetos que visam aumentar e aprimorar o acesso aos serviços de saúde, utilizando ferramentas planejadas e direcionadas para a gestão. Essas ferramentas apoiam a estruturação das práticas de regulação, auxiliam na organização da rede e na conexão direta com a central de vagas do estado. Além disso, o programa objetiva a mudança da cultura organizacional, promovendo a prática contínua de melhorias nos processos de trabalho, a otimização dos recursos e a qualidade da assistência à saúde (ESPÍRITO SANTO, 2021). Compõem o PGAQ os seguintes projetos:

- Projeto Autorregulação Formativa Territorial, que tem o objetivo de melhorar e ampliar o acesso às consultas, exames e procedimentos ambulatoriais por meio da estruturação e integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada. Esta integração é realizada por meio do encaminhamento e compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde, utilizando tele consultas.
- Projeto de Implantação da Medicina Hospitalista (MH), que visa implementar a gestão da clínica por meio de uma intervenção estratégica nos processos de atendimento ao paciente internado. Espera-se aprimorar o cuidado ao paciente e aumentar a eficiência no fluxo de leitos por meio de capacitação dos profissionais com conceitos e práticas essenciais da Medicina Hospitalar.
- Projeto de Implantação dos Núcleos Internos de Regulação Hospitalar (NIR), que tem como intuito aprimorar e ampliar o acesso aos leitos

hospitalares por meio da implementação, apoio e monitoramento do desenvolvimento de Núcleos Internos de Regulação.

- Projeto de Implantação dos Escritórios de Gestão de Alta (EGA), visando a gestão eficiente do fluxo do paciente e garantia de alta segura e ágil aos pacientes internados por meio da governança clínica.
- Projeto de Implantação dos Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), com o objetivo de aprimorar a qualidade dos serviços, por meio da implementação da gestão por processos, gestão de riscos, gestão das ocorrências, monitoramento, controle e melhoria contínua dos processos (ESPÍRITO SANTO, 2022).

O Projeto Autorregulação Formativa Territorial foi reformulado pela Portaria nº 08-R, de 22 de dezembro de 2023, passando a adotar a nova denominação: Projeto Gestão do Acesso à Saúde: Inovação e Modernização do Acesso com foco na Gestão Clínica nas Redes de Atenção à Saúde (PGAS). Essa portaria também aprimorou o objetivo do projeto, que agora se concentra na implementação de estratégias avançadas de gestão clínica, por meio de abordagens inovadoras para a coordenação do cuidado, integração entre profissionais de diferentes níveis de atenção (Atenção Primária, Ambulatorial Especializada e Hospitalar), e otimização do uso de protocolos clínicos. O projeto ainda busca fortalecer o uso de dados e informações para decisões baseadas em evidências, visando melhorar os resultados clínicos e promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2023).

Em resumo, o Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde incorpora uma diversidade de práticas, ferramentas e soluções inovadoras nos hospitais onde atua, ao mesmo tempo em que seus membros estão comprometidos com um contínuo processo de educação permanente em saúde. Esse enfoque os impulsiona a refletir constantemente sobre sua própria prática, permitindo o desenvolvimento de novas soluções e aprimoramento contínuo das atividades assistenciais (ESPÍRITO SANTO, 2022).

As inovações implementadas pelo PGAQ são compostas por ferramentas, práticas e métodos amplamente consolidados na área da saúde, com eficácia comprovada tanto em termos científicos quanto práticos. Essas inovações, como o *huddle*, *safety huddle*, *round* multidisciplinar, plano de ação estruturado (5W2H) e o uso de *kanban* para a gestão de leitos, já demonstraram resultados positivos em diversos contextos de aplicação (ESPÍRITO SANTO, 2022). A adoção dessas práticas baseia-se em evidências robustas, garantindo a eficácia e a melhoria contínua nos serviços de saúde onde são implementadas.

Do ponto de vista da estrutura e dinâmica de funcionamento do programa, o PGAQ conta com coordenadores e supervisores de projetos em nível central, além de supervisores e membros de projeto alocados em cada serviço de saúde. Esses profissionais estão inseridos em um processo contínuo de educação permanente, e mantêm vínculo com o ICEPi por meio de bolsas de desenvolvimento tecnológico e são incentivados a inovar, pesquisar e se formar continuamente. A seleção dos bolsistas é feita através de editais públicos, podendo abranger tanto novos profissionais quanto servidores já atuantes no serviço, que passam a integrar o processo formativo. Durante a formação, esses bolsistas não apenas desenvolvem e implementam inovações nos serviços onde estão inseridos, como também desempenham um papel estratégico na disseminação do conhecimento, capacitando outros profissionais de saúde para utilizar práticas e ferramentas inovadoras. No dia a dia, os bolsistas interagem diretamente com os profissionais de saúde externos ao ICEPi, tendo como um dos principais desafios engajá-los na implementação das inovações propostas.

Os projetos de desenvolvimento e implementação de inovações do ICEPi, a exemplo dos que fazem parte do PGAQ, estão em consonância com a Constituição Federal de 1988, que define em seu Artigo 200 a responsabilidade do Sistema Único de Saúde em promover o desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988), demonstrando assim a importância da inovação para contribuir com a garantia do acesso à saúde para todos os brasileiros. A temática da inovação e desenvolvimento tecnológico no contexto do SUS continuou a crescer em importância, tendo ocorrido em 1994 a primeira Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, momento inicial de

concepção da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). A sua instituição se consolidou em 2003, se tornando um importante marco da institucionalização da ciência e tecnologia no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e no estabelecimento deste como principal agente promotor das iniciativas de ciência, tecnologia e inovação em saúde (BRASIL, 2008a).

Posteriormente, foi formulada em 2008, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), como parte da Política Nacional de Saúde e da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCTI), subordinando-se assim aos seus princípios de mérito técnico-científico e relevância social e aos princípios constitucionais do SUS de universalidade, integralidade e equidade. A PNCTIS foi aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde como instrumento norteador das ações da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, contendo princípios, eixos condutores, estratégias e seu modelo de gestão. Essas discussões refletem a importância do tema no contexto do SUS e tiveram o objetivo de fortalecer a geração e o compartilhamento de conhecimentos fundamentais na área, bem como promover uma maior integração entre as iniciativas de apoio científico-tecnológico e a política de saúde BRASIL, 2008b).

Cabe ressaltar ainda a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) por meio da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que conta com o auxílio do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), e tem como propósito apoiar o MS nas responsabilidades relacionadas à adoção, remoção ou modificação de tecnologias em saúde pelo SUS, assim como na elaboração ou modificação de protocolo clínico ou diretriz terapêutica. O novo marco legal introduziu melhorias significativas na celeridade, transparência e eficácia aos processos de incorporação de tecnologias, estabelecendo um prazo de 180 dias (prorrogáveis por mais 90 dias) para a tomada de decisão. A lei determina ainda que essa análise deve ser embasada em evidências científicas, levando em consideração critérios como eficácia, precisão, efetividade e segurança da tecnologia, além da realização de uma avaliação econômica comparativa dos benefícios e custos em relação às tecnologias já existentes. Adicionalmente, a lei estipula a exigência de registro prévio do produto junto à Agência Nacional

de Vigilância Sanitária (ANVISA), como requisito para avaliação e eventual incorporação no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Posteriormente, o Decreto 9.245 de 2017 foi publicado pelo Governo Federal, com o objetivo de tornar os instrumentos e ferramentas de gestão utilizadas pelo MS em política de Estado, instituindo a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS). O objetivo do decreto, como delineado em seu Artigo 1º, é estabelecer normas para a utilização do poder de compra do Estado nas aquisições e contratações relacionadas a produtos e serviços essenciais para o SUS, dentro do contexto do Complexo Industrial da Saúde (CIS). Adicionalmente, o decreto também trata da composição do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS), bem como do Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil (FPAS) (BRASIL, 2017a).

O Artigo 3º da PNITS apresenta uma série de objetivos claros. Primeiramente, busca-se aprimorar o marco regulatório referente à inovação tecnológica na área da saúde. Além disso, há um compromisso em promover a sustentabilidade tecnológica e econômica do SUS, estabelecendo condições para aumentar a capacidade produtiva e inovadora do país, com o intuito de ampliar o acesso à saúde. A PNITS também estimula a atividade de inovação tanto no setor público quanto em entidades privadas, incentivando a criação de centros de pesquisa, desenvolvimento e inovação, bem como parques e polos tecnológicos. Outros objetivos incluem a promoção de parcerias entre o setor público e privado, o estímulo à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo, o apoio à produção de produtos e serviços essenciais para o SUS, a redução da dependência externa em relação a produtos e serviços de saúde e o estabelecimento de critérios para compras governamentais visando à otimização dos gastos em saúde e ao desenvolvimento científico, tecnológico e industrial para fortalecer o SUS e o Complexo Industrial da Saúde no Brasil (BRASIL, 2017a).

Adicionalmente, foi estabelecida, em 2018, a Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde (ANPPS), a qual abrange 172 áreas de pesquisa, divididas em 14 eixos temáticos, sendo um deles o de Desenvolvimento de tecnologias e inovação em saúde. Esta agenda tem como objetivo garantir a

convergência das prioridades de saúde atuais com as atividades de pesquisa científica, tecnológica e inovação, além de direcionar de forma estratégica os recursos disponíveis para investimentos em temas de pesquisa de relevância para o SUS. Sendo um documento consultivo, a ANPPS desempenha um papel fundamental ao oferecer suporte para o planejamento estratégico do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e de outras áreas do Ministério da Saúde. Além disso, ela serve como uma ferramenta essencial para a colaboração com institutos e fundações de pesquisa, com o objetivo de estabelecer parcerias tanto no setor público quanto privado, a fim de aumentar o financiamento para pesquisas na área da saúde e concentrar esforços em tópicos de importância estratégica para o SUS. A sua criação também tem como intuito o fortalecimento das atividades de avaliação e monitoramento das pesquisas financiadas pelo SUS, aumentando as oportunidades de incorporação de tecnologias e resultados de pesquisas científicas no sistema de saúde (BRASIL, 2018).

No contexto brasileiro, os instrumentos e marcos legais apresentados anteriormente refletem o compromisso em promover o desenvolvimento de um sistema de ciência, tecnologia e inovação direcionado à saúde, juntamente com a identificação de prioridades de pesquisa. Essas iniciativas desempenham um papel crucial no fortalecimento do Sistema Único de Saúde, ao permitir a incorporação estratégica de novos conhecimentos e tecnologias, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de saúde oferecidos à população (BRASIL, 2018).

Além disso, os processos de incorporação de novas tecnologias em saúde têm sido conduzidos com o objetivo de racionalizar os gastos e selecionar as tecnologias que trazem maiores benefícios para a sociedade. Esses processos desempenham um papel crucial na escolha dos produtos mais adequados, evitando a adoção de produtos que não oferecem benefícios reais e que tendem a elevar os custos dos tratamentos. Essa abordagem é semelhante ao que ocorre em outros mercados lucrativos, onde é essencial avaliar cuidadosamente as tecnologias antes de sua incorporação (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, cabe destacar a Avaliação de desempenho da Tecnologia em Saúde (AdTS), recomendada pelo MS.

A AdTS consiste em uma análise contínua dos resultados alcançados pela tecnologia após a incorporação no sistema de saúde, comparando-os com os resultados esperados durante o processo de incorporação. Caso a tecnologia apresente um desempenho congruente com as expectativas iniciais, é recomendado que seja mantida de acordo com as indicações estabelecidas. No entanto, se os resultados obtidos na prática forem inferiores ao esperado, é necessário considerar o processo de desinvestimento e reinvestimento visando a melhor utilização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2017b).

O Ministério da Saúde também disponibiliza diretrizes metodológicas e estabelece prioridades para a avaliação de desempenho das tecnologias incorporadas. Essas diretrizes visam garantir que o acesso do cidadão seja direcionado a tecnologias que tenham demonstrado efetividade e segurança no contexto da vida real, independentemente das evidências científicas iniciais produzidas pelo fabricante. Assim, a AdTS deve ser direcionada para tecnologias com indicativos de mau desempenho, que se mostrem completamente ou parcialmente inadequadas no atendimento de requisitos essenciais para o seu uso, como a segurança, o custo, a efetividade, o custo efetividade, o desuso, o uso inapropriado, a aceitabilidade, entre outros (BRASIL, 2017b).

Entre os fatores ligados ao desempenho da tecnologia em saúde, cabe destacar o desuso, o uso inapropriado, a aceitabilidade e a adequação, uma vez que os mesmos representam fatores ligados à implementação da tecnologia no serviço de saúde. A implementação, por sua vez, é um processo complexo e desafiador, e embora existam evidências para orientar as mudanças, cada situação é única, principalmente devido a fatores contextuais específicos de cada localidade (BRAITHWAITE; MARKS; TAYLOR, 2014).

Neste contexto, dada a crescente importância da temática do desenvolvimento e implementação de inovações e tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde, em âmbito nacional e estadual, esta pesquisa se justifica por sua

contribuição na integração de tais inovações no SUS, através de um exame aprofundado de seus processos de implementação. Ao entender os desafios inerentes à implementação de inovações, a pesquisa visa oferecer soluções e estratégias mais eficazes para superar as barreiras identificadas e considerar os fatores de sucesso nas etapas de planejamento e monitoramento da implementação (BARAC et al., 2018). Espera-se agilizar e otimizar o acesso a tecnologias e práticas inovadoras, direcionando benefícios concretos para os usuários do sistema de saúde.

A realização deste projeto de pesquisa se justifica ainda pela sua relevância para o ICEPi, uma vez que ele visa contribuir com seu objetivo de promover, incrementar e difundir a inovação científica e tecnológica em saúde (ESPÍRITO SANTO, 2019). A compreensão dos desafios e oportunidades relacionados à implementação de inovações nos serviços de saúde é fundamental para aprimorar as práticas e processos de trabalho da instituição, bem como fortalecer sua capacidade de desenvolver e incorporar soluções inovadoras.

Além disso, a pesquisa contribuirá para o fortalecimento do conhecimento institucional e a disseminação das boas práticas de implementação de inovações. Ao explorar os desafios específicos enfrentados pela instituição, será possível identificar lições aprendidas e recomendações que poderão orientar futuros projetos e estratégias. Esse conhecimento interno poderá ampliar a capacidade da instituição de se estabelecer como um centro de excelência em inovação em saúde.

Somado a estas justificativas, para a comunidade científica, a pesquisa contribuirá para o avanço do conhecimento no campo da ciência da implementação. Ao focar nas barreiras e facilitadores específicos do contexto da saúde pública brasileira, a pesquisa poderá fornecer achados valiosos, contribuindo para o desenvolvimento de novas teorias, conceitos e metodologias. Adicionalmente, os resultados da pesquisa poderão ser compartilhados em eventos científicos e publicações, promovendo a comunicação e a troca de experiências entre os pesquisadores e profissionais da área.

2 APORTE TEÓRICO

Esta pesquisa aborda a implementação de inovações no campo da saúde pública, um tema que tem sido discutido na gestão pública brasileira desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu, no artigo 200, a competência do Sistema Único de Saúde para promover o avanço científico e tecnológico (BRASIL, 1988). A importância desse tema também é evidenciada pela criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos no Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), responsável formulação e execução da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (BRASIL, 2008b) e da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Percebe-se ainda o foco dado à incorporação de tecnologias com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e de diversas normativas acerca da incorporação e da avaliação de desempenho de tecnologias no Sistema Único de Saúde.

O posicionamento estratégico desta pauta no Sistema único de Saúde brasileiro é de fundamental importância, uma vez que a pesquisa e a inovação são fundamentais para aprimorar a saúde e os cuidados de saúde (MCCARTHY; ZEEGERS PAGET; BARNHOORN, 2013). No entanto, a eficácia e sustentabilidade da inovação no serviço devem ser consideradas (FOX; GARDNER; OSBORNE, 2015). Assim, a pesquisa de implementação se destaca como um meio de otimizar as pesquisas e consequentemente as políticas públicas, ao passo que vem otimizando os métodos que facilitarão a tradução e implementação. Ressalta-se ainda que para um progresso efetivo, deverão ocorrer mudanças culturais dentro do meio acadêmico e na conexão entre pesquisadores e profissionais (COLDITZ; EMMONS, 2012).

Com o intuito de alcançar os resultados de saúde desejados, é fundamental que as intervenções consideradas eficazes e econômicas sejam aplicadas e incorporadas à prática clínica ou às políticas de saúde pública. No entanto, são escassos os estudos ou revisões sistemáticas sobre intervenções efetivas que possam fornecer orientações aos profissionais e formuladores de políticas sobre como implementar tratamentos ou programas baseados em evidências

em ambientes de cuidados rotineiros, abrangendo setores como saúde, educação ou outros serviços sociais. A maioria das pesquisas se concentra na busca pela validade interna, que assegura que a intervenção sendo avaliada seja verdadeiramente a responsável pelos resultados observados, especialmente em ensaios clínicos randomizados altamente controlados, não considerando assim a complexidade do contexto e sua aplicabilidade no mundo real (BARWICK; DUBROWSKI; DAMSCHRODER, 2020).

A pesquisa de implementação tem uma abrangência mais ampla do que a pesquisa clínica convencional, direcionando sua atenção não apenas ao nível do paciente, mas também ao provedor de cuidados de saúde, à organização e aos aspectos de políticas de saúde em diversos níveis, exigindo equipes de pesquisa transdisciplinares que incluam membros não convencionais presentes na maioria dos ensaios clínicos. Trata-se, portanto de uma ciência emergente que oferece uma abordagem estruturada para reconhecer e lidar com barreiras e facilitadores na transformação do sistema, tornando-se, assim, um elemento essencial de qualquer sistema de saúde orientado ao aprendizado (BAUER et al., 2015). Desta forma, a ciência da implementação tem avançado com a crescente adoção de abordagens teóricas para enfrentar diversos desafios relacionados à implementação (NILSEN, 2015).

No âmbito da ciência da implementação, é relevante enfatizar a presença de teorias, modelos e *frameworks*. Esses elementos conceituais desempenham papéis distintos na compreensão e análise dos processos de implementação de intervenções em saúde. As teorias, nesse contexto, têm como propósito fornecer explicações causais e capacidade preditiva sobre como as atitudes e crenças dos profissionais de saúde podem influenciar a adesão a diretrizes clínicas. Por sua vez, os modelos são utilizados para descrever e orientar a tradução da pesquisa em prática, ou seja, a aplicação prática dos conhecimentos científicos. Já os *frameworks* têm uma função descritiva, identificando os fatores que influenciam os resultados da implementação. Esses elementos conceituais são essenciais para a compreensão abrangente dos processos e resultados relacionados à implementação de intervenções em saúde. Vale ressaltar que nem os modelos nem os *frameworks* especificam os

mecanismos de mudança, mas se assemelham mais a listas de verificação de fatores relevantes para os diversos aspectos da implementação (NILSEN, 2020).

Como exemplos de *frameworks*, cabe ressaltar o *Exploration, Preparation, Implementation Sustainment* (EPIS), que tem sido amplamente utilizado por se tratar de uma estrutura abrangente e dinâmica que aborda, ao longo de quatro fases, os fatores associados à inovação que está sendo implementada, aqueles associados ao contexto externo e interno em que a inovação está sendo implementada e fatores de ligação que conectam o contexto externo e interno e entre a inovação e o contexto da implementação (MOULLIN et al., 2020). Outro *framework* relevante é o *Integrated-PARIHS*, uma versão atualizada do *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS). Este modelo parte do princípio que implementar pesquisas na prática de cuidados de saúde é um processo complicado, imprevisível e não linear, e considera como elementos principais para o sucesso de uma implementação o contexto em que a implementação ocorre, as características da intervenção e os indivíduos ou grupos que serão afetados pela implementação (HARVEY; KITSON, 2020). O *framework* RE-AIM, por sua vez, avalia programas de disseminação de grande escala por meio das dimensões de alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção. Desta forma, sua utilização é recomendada para avaliar inovações na saúde pública, uma vez que foca no impacto ao público-alvo (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999).

Pode-se destacar ainda o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), que de acordo com DAMSCHRODER et al. (2009), é uma abordagem pragmática que fornece uma estrutura para identificar possíveis influências na implementação. Este *framework* engloba, consolida, padroniza e unifica construtos referenciados em outras teorias como associados à implementação. Sua utilização pode orientar avaliações formativas de intervenções em contextos específicos, proporcionando uma estrutura organizacional para sintetizar e construir conhecimento sobre o que funciona em contextos específicos. De forma mais audaciosa, este *framework* pode ser pensado como uma ferramenta para obter uma visão mais ampla e detalhada

das complexidades envolvidas no processo de implementação, e também como uma forma mais previsível de garantir implementações eficazes.

A criação deste *framework* partiu de uma lacuna na literatura sobre este tema, que consistia da sobreposição de terminologias, construtos e definições nas teorias, ao mesmo tempo em que cada teoria deixava de incluir um ou mais elementos importantes presentes em outras. O CFIR foi construído então a partir da revisão de teorias provenientes de grandes estudos, como revisões de literatura com metanálise publicados em periódicos indexados, englobando teorias de disseminação, inovação, mudança organizacional (DAMSCHRODER, 2009).

O CFIR apresenta um número crescente de usuários, como apontado por DAMSCHRODER et al. (2022), que por meio de uma revisão sistemática, buscou nas bases Scopus e *Web of Science* documentos produzidos sobre o CFIR desde o ano de sua publicação, em 2009 até julho de 2020, encontrando um total de 376 artigos. Este *framework* vem sendo amplamente utilizado em pesquisas de implementação por permitir uma compreensão dos complexos fatores multiníveis e das diversas partes interessadas envolvidas na intervenção (RALEFALA et al., 2021; WOLKA et al., 2022).

Este *framework* foi atualizado em 2022, incorporando *feedback* de 334 usuários para melhorar sua aplicabilidade e precisão. A nova estrutura apresenta cinco domínios abrangendo 48 construtos e 19 sub-construtos, fornecendo uma visão mais detalhada e específica dos fatores que influenciam a implementação de intervenções. Essas melhorias permitem uma avaliação mais granular e personalizada, facilitando a identificação de barreiras e facilitadores específicos em diferentes contextos. (DAMSCHRODER et al., 2022). O Quadro 1 apresenta a estrutura do CFIR em relação aos domínios, construtos e subconstrutos.

Quadro 1 - Estrutura do *Consolidated Framework for Implementation Research*

| Domínio | Construtos e subconstrutos |
|---------------------------|---|
| Inovação | Fonte da inovação, Base de evidências da inovação, Vantagem relativa da inovação, Adaptabilidade da inovação, Testabilidade da Inovação, Complexidade da Inovação, Design da inovação e Custo da inovação |
| Contexto externo | Acidentes críticos, Atitudes locais, Condições locais, Parcerias e Conexões, Políticas e leis, Financiamento, Pressão externa (Social, Mercado, Mensuração de desempenho) |
| Contexto interno | Características estruturais (Infraestrutura física, Infraestrutura de Tecnologia da informação, Infraestrutura de trabalho), Conexões Relacionais, Comunicações, Cultura (Igualdade Humana Centrada, Centralização no Destinatário, Centralização no prestador, Centrado no aprendizado), Tensão por Mudança, Compatibilidade, Prioridade Relativa, Sistemas de Incentivos, Alinhamento da Missão, Recursos disponíveis (Financiamento, Espaço, Materiais e Equipamentos) e Acesso ao Conhecimento e Informação |
| Indivíduos | Subdomínio de funções: Líderes de alto nível, Líderes de nível médio, Líderes de opinião, Facilitadores de Implementação, Líderes de Implementação, Membros da Equipe de Implementação, Outro suporte de implementação, Distribuidores de Inovação, Destinatários da inovação Subdomínio de Características: Necessidade, Capacidade, Oportunidade, e Motivação |
| Processo de implementação | Equipe, Avaliação das necessidades (Distribuidores de inovação, Destinatários da Inovação), Avaliando o Contexto, Planejamento, Estratégias de Adaptação, Engajamento (Distribuidores de inovação, Destinatários da Inovação), Execução, Refletindo e Avaliando (Implementação e Inovação) e Adaptando |

Fonte: Adaptado de DAMSCHRODER et al., 2022.

As vantagens do CFIR são amplamente reconhecidas. Ele é eficaz para analisar fatores que influenciam a sustentabilidade de intervenções em contextos específicos (VANDEVANTER et al., 2020) e pode ser aplicado em diversos projetos para orientar, adaptar e melhorar a implementação da pesquisa (KOWALSKI, VEESER, HEISLER, 2018). Além disso, é eficiente na compreensão de elementos que afetam o planejamento e a execução de intervenções com uma base de evidências menos consolidada (SAADI et al., 2021). O CFIR também é valioso para elaborar roteiros de entrevistas, organizar dados e identificar fatores que influenciam a adoção e uso de diretrizes (WESTERLUND, IVARSSON, RICHTER-SUNDBERG, 2021), e serve como um modelo de tomada de decisão para orientar a implementação de futuras intervenções, como o aumento da taxa de vacinação (TJILOS et al., 2023).

3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Trata-se de uma pesquisa aplicada, exploratória e de abordagem quanti-qualitativa por meio da pesquisa-ação.

Em relação à natureza, esta pesquisa é classificada como uma pesquisa aplicada, pois tem o objetivo de gerar conhecimento direcionado para a aplicação prática e a solução de problemas específicos (DA SILVA; MENEZES, 2005). No que tange aos objetivos, se configura como exploratória, uma vez que a implementação de inovações na saúde pública capixaba é um campo em desenvolvimento, com poucos estudos que exploram de forma abrangente os facilitadores e barreiras enfrentados pelos profissionais de saúde nesse processo, e que este tipo de pesquisa o objetivo é ampliar o conhecimento sobre o problema em questão, com o intuito de torná-lo mais claro e evidente, além de estabelecer possíveis hipóteses (GIL, 2002).

Para este estudo, foi adotada a abordagem quanti-qualitativa. Inicialmente foram utilizados métodos quantitativos com o intuito de quantificar e analisar os facilitadores e barreiras à implementação de inovações de forma estatística. Posteriormente foram utilizados métodos qualitativos, visando explorar as percepções, opiniões e experiências dos participantes.

Com relação aos procedimentos metodológicos, utilizou-se a pesquisa-ação. Este é um método de pesquisa social que se baseia em evidências empíricas e é planejada e executada em estreita colaboração com uma ação ou solução de um problema coletivo. Nesse tipo de estudo, tanto os pesquisadores quanto os participantes envolvidos na situação e/ou problema trabalham de forma cooperativa e participativa. De modo geral, a concepção de pesquisa-ação encontra um ambiente propício quando os pesquisadores desejam expandir suas investigações além dos aspectos acadêmicos e burocráticos que frequentemente caracterizam as abordagens de pesquisa tradicionais. Isso direciona a atenção para pesquisas nas quais os indivíduos envolvidos desempenham um papel ativo, tanto na formulação quanto na execução das ações. O objetivo não se limita à mera coleta de dados ou à elaboração de relatórios para fins de arquivamento. Com a pesquisa-ação, a intenção é ter um

papel ativo na própria realidade dos acontecimentos observados (THIOLLENT, 2022).

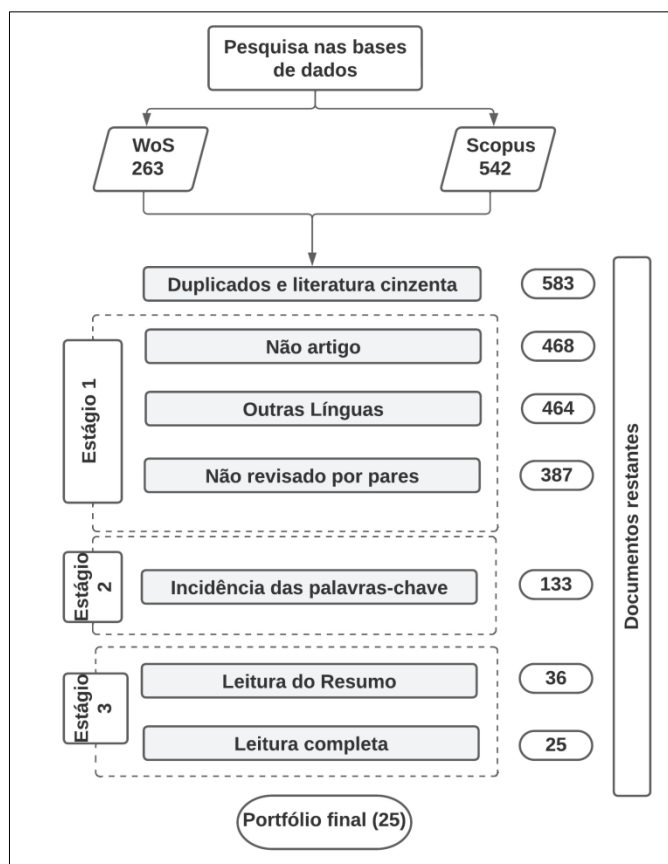
Além disso, a escolha pela pesquisa-ação foi justificada pela intenção de culminar a dissertação com um produto técnico prático, orientando a implementação das inovações propostas no Sistema Único de Saúde do Espírito Santo (SUS-ES). Esse enfoque visa transformar a realidade de como os processos são atualmente conduzidos, fornecendo diretrizes aplicáveis para a adoção de inovações na saúde pública. O método permitiu uma abordagem prática e colaborativa, essencial para desenvolver um roadmap e um manual que possam efetivamente guiar as mudanças desejadas, ultrapassando as limitações de pesquisas exclusivamente teóricas e buscando impactos concretos na prática do sistema de saúde.

Desta forma, este estudo foi desenvolvido em 03 etapas, sendo a primeira etapa a realização de uma revisão sistemática de literatura, a segunda etapa o diagnóstico, com a identificação de facilitadores e barreiras, e a terceira etapa a criação do *roadmap* e manual de implementação de inovações no SUS.

3.1 ETAPA 1: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

A primeira etapa deste trabalho consistiu em uma revisão sistemática de literatura, que teve como objetivo principal analisar pesquisas de implementação que empregaram *frameworks* teóricos da ciência da implementação no campo da saúde pública, visando identificar o tipo de inovação abordada, os *frameworks* mais frequentemente utilizados, os contextos de aplicação e quaisquer adaptações realizadas antes de sua utilização. O fluxograma desta busca na literatura é apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Protocolo da pesquisa de revisão sistemática



Fonte: Elaboração própria, 2023.

A coleta de informações foi realizada a partir das bases Scopus e Web of Science, uma vez que estas *databases* apresentam elevado grau de sofisticação para análise e processamento de registros, assim como uma boa taxa de cobertura para periódicos, artigos e referência citada, sendo consideradas adequadas para medir atividade acadêmica e impacto (NORRIS; OPPENHEIM, 2007).

Desta forma, realizou-se a busca nas bases de dados para as publicações realizadas em um período de 5 anos, compreendido entre 2018 e maio de 2023, utilizando as palavras-chave, seus respectivos sinônimos e operadores booleanos, como segue: <"implementation science" OR "implementation research" AND "public administration" OR "public sector" OR "public sector management" OR "government" OR "Public Management" OR "Public Organization" AND "health" OR "health policy">. A busca foi realizada no dia 12

de maio de 2023 e foram encontrados 805 resultados, 263 provenientes da Web of Science e 542 da Scopus.

Os resultados foram exportados no formato bib.text, e tratadas no software R Studio com o bibliometrix, uma ferramenta exclusiva de código aberto elaborada para realizar análises abrangentes de mapeamento científico (ARIA; CUCCURULLO, 2017). Nesta etapa foram excluídos os arquivos duplicados, restando um total de 583 resultados. O passo seguinte consistiu na classificação dos artigos em uma planilha em Excel, seguindo a metodologia denominada *Methodi Ordinatio*, que leva em consideração o fator de impacto, número de citações e ano de publicação (PAGANI; KOVALESKI; RESENDE, 2015).

Inicialmente, foram excluídos 110 documentos classificados como capítulo de livro, artigo de conferência, carta, artigo de revisão, editorial e encontro, 4 documentos não publicados em inglês e 77 artigos que não foram revisados por pares, totalizando assim 387 artigos remanescentes.

Posteriormente, foi realizada a exclusão por palavras-chave, sendo eliminados 254 artigos que apresentavam duas ou menos incidências das palavras-chave principais (“implementation science”, “implementation research”, “public administration”, health e “public health”) no título, resumo ou palavras-chave do autor. Na sequência, foi realizada a leitura dos resumos dos 133 artigos que apresentaram três ou mais ocorrências, considerando como fatores de exclusão: apresentarem como contexto da intervenção apenas sistemas de saúde privados ou outras áreas, como por exemplo educação; estudos híbridos como por exemplo efetividade-implementação ou protocolos de estudo; não apresentarem *frameworks* da ciência da implementação como método da pesquisa, se caracterizarem como revisão sistemática. Com base nesses critérios, outros 97 artigos foram excluídos, resultando em um total de 36 artigos para a leitura completa. Após a aplicação dos mesmos critérios, foram excluídos mais 11 artigos, formando o portfólio final da revisão sistemática, com 25 artigos, conforme mostra a Figura 1.

Todos os critérios de inclusão e exclusão utilizados podem ser observados no Quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão da revisão de literatura

| Estágio | Critérios de inclusão | Critérios de Exclusão |
|----------------|---|--|
| Estágio 1 | <ul style="list-style-type: none"> a. Artigos publicados em revistas acadêmicas ou especializadas; b. Publicações em inglês; c. Publicações revisadas por pares. | <ul style="list-style-type: none"> a. Documentos classificados como capítulo de livro, artigo de conferência, carta, artigo de revisão, editorial e encontro; b. Publicações em outros idiomas; c. Publicações não revisadas por pares. |
| Estágio 2 | <ul style="list-style-type: none"> a. Três ou mais incidências das palavras-chave principais no título, resumo ou palavras-chave do autor | <ul style="list-style-type: none"> a. Duas ou menos incidências das palavras-chave principais no título, resumo ou palavras-chave do autor |
| Estágio 3 | <ul style="list-style-type: none"> a. Tem como objeto de estudo a implementação de intervenções em saúde; b. Utilizam frameworks da ciência da implementação como método; c. Tem como contexto sistemas públicos de saúde. | <ul style="list-style-type: none"> a. Constituem estudos híbridos ou protocolos de estudo; b. Não apresentam frameworks da ciência da implementação como método; c. Tem como contexto apenas sistemas de saúde privados ou outras áreas, como por exemplo educação. |

Fonte: Elaboração própria, 2023.

3.2 ETAPA 2: DIAGNÓSTICO

A segunda etapa da pesquisa, conduzida paralelamente à implementação das inovações propostas pelo PGAQ, consistiu em um diagnóstico acerca das principais barreiras e facilitadores identificados nesse processo. Esta fase teve como fonte principal a aplicação de um questionário, que possibilitou a coleta de dados estruturados e mensuráveis. O questionário forneceu informações detalhadas sobre as percepções, opiniões e características dos profissionais de saúde envolvidos no programa e atuantes nos serviços de saúde do Espírito Santo.

O questionário foi direcionado aos profissionais que atuam no Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde, que exercem suas atividades nos hospitais e outros serviços de saúde

da rede estadual nas três regiões de saúde do Espírito Santo. Como critério de inclusão, a seleção dos participantes foi restrita àqueles que possuíam vínculo mínimo de três meses com o programa, garantindo que estivessem familiarizados e engajados com as práticas do Instituto, para fornecer respostas embasadas e relevantes ao questionário.

A população-alvo da pesquisa compreendeu os 96 profissionais vinculados ao PGAQ, conforme os registros do instituto de novembro de 2023. É pertinente destacar que todos os 96 indivíduos de pesquisa satisfizeram os critérios de elegibilidade para participação no estudo. A seleção da amostra foi realizada por conveniência, considerando a acessibilidade e disponibilidade dos participantes dentro do contexto investigativo.

O instrumento utilizado para a coleta de dados nesta etapa consistiu em um questionário baseado no CFIR (DAMSCHRODER et al., 2022), e se encontra no Apêndice A. Os profissionais vinculados ao PGAQ foram convidados a participar da pesquisa por meio de um e-mail contendo o *link* para acessar o questionário. Além disso, receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), formalizando seu consentimento para participar do estudo.

Inicialmente, foram coletadas as seguintes informações sócio demográficas dos participantes: gênero, raça/cor, idade, nível de escolaridade, tempo de atuação no PGAQ, função exercida, local de atuação e projeto do qual participa. Na sequência o questionário abordou os aspectos relacionados à implementação de inovações de acordo com a estrutura do CFIR, contemplando os domínios: características da inovação (11 construtos), contexto externo (10 construtos), ambiente interno (13 construtos), e indivíduos, incluindo tanto os papéis (5 construtos) quanto as características (4 construtos) (DAMSCHRODER et al., 2022). Os participantes foram convidados a selecionar, em cada domínio do CFIR, quantos fatores desejassem, destacando os principais facilitadores e barreiras que influenciam a implementação de inovações no contexto específico de sua atuação (AKINYEMI et al., 2021).

Cabe ressaltar que antes de ser enviado ao público da pesquisa, o questionário passou por um teste piloto com uma amostra intencional de 05 profissionais da área de inovação em saúde. A partir deste teste foi possível identificar deficiências presentes no questionário, tais como questões inconsistentes ou complexas, ambiguidade ou linguagem de difícil compreensão, perguntas desnecessárias ou que causem desconforto aos respondentes, bem como verificar se as questões seguiam uma determinada ordem ou se eram excessivas em quantidade. A partir das deficiências identificadas foram realizadas reformulações no questionário, mantendo, modificando, expandindo ou eliminando itens, além de esclarecer de forma mais precisa algumas perguntas e alterar a redação de outras (MARCONI; LAKATOS, 2023).

A análise quantitativa dos dados coletados foi conduzida utilizando técnicas estatísticas descritivas para examinar as respostas dos participantes em relação aos facilitadores e barreiras da implementação de inovações em cada domínio do CFIR. Foram realizados cálculos de frequência e percentagens para cada item, permitindo uma compreensão da distribuição das respostas dentro de cada domínio.

O diagnóstico foi aprofundado utilizando abordagem qualitativa, permitindo explorar com maior profundidade as experiências, percepções e opiniões dos participantes, assim como compreender estratégias que normalmente são utilizadas na implementação das inovações. Constituiu-se um grupo focal composto por coordenadores e supervisores do PGAQ, que desempenham um papel mais central na gestão do programa e possuem uma visão sistêmica sobre a implementação em todos os serviços de saúde. O grupo focal foi utilizado como uma estratégia para obter uma coleta de dados mais abrangente, reconhecendo que a dinâmica do grupo pode incentivar os participantes a se expressarem de forma mais significativa e proporcionar relatos mais enriquecedores (FLICK, 2012). O grupo focal foi moderado, e as perguntas norteadoras foram baseadas no *Consolidated Framework for Implementation Research*, atendendo a recomendação de DAMSCHRODER et al., (2022), sobre a importância de obter e analisar dados de perguntas abertas para explorar temas não capturados pelos construtos existentes. O roteiro do grupo focal encontra-se no Apêndice B.

A amostra selecionada foi não probabilística, utilizando-se do critério de representatividade dos grupos investigados (GIL, 2002), ou seja, foram selecionados 5 coordenadores e supervisores que representavam os 05 projetos do programa. Além disso, a participação no grupo focal foi restrita aos profissionais que atuavam no Instituto por um período mínimo de três meses, garantindo que estivessem familiarizados com as práticas e dinâmicas do ICEPi. Seguindo a recomendação de Barbour (2009), o grupo focal respeitou o limite máximo de 8 pessoas estabelecido pela autora. Não houve a necessidade de adicionar novos grupos focais.

O grupo focal foi conduzido em uma sala de reuniões na sede do Instituto, escolhida para proporcionar um ambiente adequado para a interação e discussão entre os participantes. A realização do grupo focal nas instalações do Instituto evitou deslocamentos, oferecendo maior conveniência e acessibilidade. Além disso, antes do início da sessão, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No intuito de preservar a integridade e a fidedignidade das informações coletadas durante o grupo focal, a discussão foi registrada por meio de uma gravação de áudio. Tal medida visou assegurar a precisão na captura das interações e das contribuições dos participantes, sem interferir no fluxo natural do diálogo. Além disso, foram realizadas anotações em tempo real visando documentar quaisquer aspectos marcantes da dinâmica do grupo e as próprias impressões do moderador a respeito dos tópicos discutidos e dos participantes mais envolvidos (BARBOUR, 2009). A transcrição foi realizada de forma cuidadosa e sistemática. As gravações foram convertidas para um formato digital compatível e transcritas usando um recurso do *Microsoft Word*, o que garantiu eficiência e precisão. Após a transcrição, o texto foi revisado meticulosamente para assegurar a qualidade dos dados. Para preservar o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por nomes de planetas.

Os dados do grupo focal foram analisados por meio da análise de conteúdo, na qual foi realizada uma codificação, ou seja, um processo de transformação dos dados por recorte, agregação e enumeração, na representação do conteúdo

(BARDIN, 1977). Os códigos iniciais foram desenvolvidos tendo como base os conceitos chave derivados do CFIR, incluindo todos os seus domínios (ELIACIN et al., 2021). No entanto novos códigos e temas foram considerados a partir da necessidade identificada durante a análise da transcrição. A análise foi realizada no *Microsoft Word*, utilizando funcionalidades como destaques e comentários para organizar os dados e identificar com maior clareza os facilitadores e barreiras emergentes.

Por se tratar de uma pesquisa de abordagem convergente, a integração dos dados foi realizada por comparação lado a lado, onde inicialmente foram apresentados os resultados quantitativos obtidos por meio da análise estatística, seguido pela discussão dos resultados qualitativos, como os temas emergentes. Desta forma, foi realizada uma comparação entre os conjuntos de resultados, apresentando primeiramente um conjunto e, em seguida, o outro (CRESWELL; CRESWELL, 2021).

3.3 ETAPA 3 - CRIAÇÃO DO ROADMAP E MANUAL DE IMPLEMENTAÇÃO DE INOVAÇÕES NO SUS

A pesquisa culminou na elaboração de um *roadmap* e manual que orientará a implementação de inovações no Sistema de Saúde do Espírito Santo, representando a conclusão da pesquisa-ação. Esta abordagem sistemática busca a solução para o problema estudado em colaboração com o grupo ou população-alvo (MARCONI; LAKATOS, 2021). A construção destes produtos técnicos/tecnológicos foi fundamentada tanto na revisão sistemática da literatura quanto no diagnóstico produzido nas etapas anteriores da pesquisa. Com base nos achados do diagnóstico, que identificaram os principais fatores que influenciam a implementação das inovações, sejam eles barreiras ou facilitadores, foi desenvolvido o *roadmap* de implementação.

O *roadmap* foi desenvolvido a partir de um mapa mental, criado no Miro, uma ferramenta digital de colaboração visual que permite a criação e organização de ideias e conceitos em um formato de mapa mental interativo. Este mapa mental relaciona as principais barreiras e facilitadores identificados na etapa de diagnóstico com as etapas estratégicas necessárias para abordá-los. Cada

barreira e facilitador foi analisado cuidadosamente, e as etapas do guia de implementação foram planejadas para mitigar os desafios e aproveitar as oportunidades, garantindo uma implementação eficaz e sustentável das inovações propostas. Esse documento estratégico detalha as etapas e atividades recomendadas para lidar com os fatores identificados. Adicionalmente, foi elaborado um manual de implementação que detalha as ações em subatividades, fornecendo orientações sobre ferramentas e métodos para a execução dessas atividades, facilitando a sua aplicação por profissionais e gestores de saúde.

Cada objetivo específico da pesquisa está diretamente relacionado com a fonte de dados que foi utilizada, a amostra definida, a quantidade de participantes, instrumentos de coleta de dados e os tipos de análise a serem realizados como descrito no Quadro 3. Essa estrutura metodológica permitiu uma abordagem consistente e coerente, garantindo que os dados fossem coletados e analisados de acordo com os objetivos estabelecidos.

Quadro 3 - Objetivos, instrumento de coleta e tipo de análise da pesquisa

| Objetivos específicos | Fonte de dados | Tipo de análise | Censo ou amostra | Quantidade |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|
| Mapear e analisar pesquisas de implementação em contextos de saúde pública | Web of Science e Scopus | Revisão Sistemática de Literatura | Não se aplica | Portfólio final: 25 artigos |
| Identificar os principais facilitadores e barreiras na implementação de inovações na saúde pública capixaba. | Questionário | Análise quantitativa descritiva | Amostra por conveniência | População alvo: 96 Respondentes: 34 |
| Identificar os principais facilitadores e barreiras na implementação de inovações na saúde pública capixaba. | Grupo focal | Análise de conteúdo | Amostra por conveniência | 05 participantes |
| Desenvolver produtos tecnológicos que orientem a implementação de inovações no SUS capixaba. | Revisão de literatura e diagnóstico | Análise de conteúdo | Não se aplica | Não se aplica |

Fonte: Elaboração própria, 2024.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

No que diz respeito aos aspectos éticos do estudo, é importante destacar que a pesquisa foi previamente autorizada a ser conduzida no Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, assim como foi obtida permissão para

utilizar o nome da instituição. O documento de autorização para realizar a pesquisa e citar o nome da instituição, encontra-se no Apêndice C, seguindo o modelo e fluxo do ICEPi.

O projeto de pesquisa em questão foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo, seguindo a exigência legal estabelecida na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo de pesquisa, juntamente com todos os documentos necessários, foi submetido ao CEP para avaliação e obtenção do parecer ético antes do início da coleta de dados. Com registro de número 74268923.4.0000.5064, o projeto foi devidamente aprovado, a partir do parecer de número 6.530.671. O parecer consubstanciado encontra-se no Apêndice D.

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como procedimento ético para obtenção do consentimento dos participantes em ambas as etapas da pesquisa, presente nos Apêndices E e F. Na primeira etapa, os profissionais vinculados aos projetos do Instituto foram convidados a participar por meio de e-mail, e receberam o TCLE para leitura e assinatura antes de responderem ao questionário. Na segunda etapa, durante a realização dos grupos focais, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos envolvidos, sendo solicitado que assinassem o TCLE, demonstrando seu consentimento em participar e permitindo a gravação das discussões para fins de análise e citação.

4 RESULTADOS

4.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

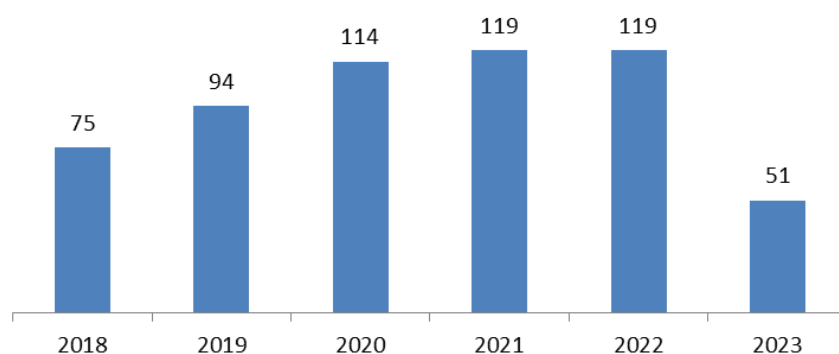
Nesta etapa da pesquisa, a busca inicial nas bases de dados forneceu um total de 583 documentos, publicados entre o período de 2018 a 2023, provenientes de 293 fontes, incluindo periódicos, livros e outros tipos de documentos. A taxa de crescimento anual dessas publicações foi calculada em -7,42%, indicando uma diminuição no número de documentos ao longo do tempo. Além disso, a média de citações por documento foi de 8.719, o que indica um nível significativo de reconhecimento e impacto dos artigos selecionados, e a média de citações por ano por documento foi estimada em 2,179, o que sugere um impacto constante ao longo do tempo.

Foram identificados um total de 466 artigos, categoria predominante na seleção de documentos. Outras categorias incluem 6 capítulos de livros, 2 artigos de conferências, 6 editoriais, 3 materiais editoriais, 1 material editorial disponível antes da publicação, 1 erratum, 4 cartas, 1 carta artigo, 1 reunião, 18 notas e 60 revisões. Essas categorias representam a diversidade de tipos de documentos encontrados na seleção, abrangendo desde artigos originais até materiais editoriais, cartas e revisões. Além disso, foram identificados 2.969 palavras-chave adicionais e 1.604 palavras-chave atribuídas pelos próprios autores, refletindo a variedade de tópicos e áreas de interesse abordados nos documentos mapeados.

Um total de 3.937 autores foram identificados e apenas 21 documentos foram escritos por um único autor, indicando uma tendência predominante de colaboração entre autores na área da Ciência da Implementação em Saúde. Esta colaboração é evidenciada ainda pela média de 8.08 coautores por documento. Além disso, um aspecto relevante é o percentual de coautoria internacional, que representa 25.73% do total. Isso indica que um quarto dos documentos selecionados resultou de colaborações entre autores de diferentes países, destacando a natureza global da Ciência da Implementação na Saúde e a importância do intercâmbio de conhecimentos e experiências entre pesquisadores de diferentes origens.

Ao analisar a produção científica anual, foi possível observar uma tendência de crescimento ao longo dos anos, seguida por uma diminuição em 2023. Em 2018, foram registrados 75 artigos, número que aumentou para 94 em 2019, indicando um aumento significativo na produção científica nesse período. O crescimento continuou em 2020, com 114 artigos, e atingiu seu pico em 2021, com 119 artigos publicados. No entanto, a produção científica estagnou em 2022, mantendo-se no mesmo patamar de 119 artigos. Cabe ressaltar que esses números representam a produção científica até maio de 2023, e, até o momento da busca nas bases de dados, apenas 51 artigos foram identificados para esse ano, conforme apresentado no Gráfico 1.

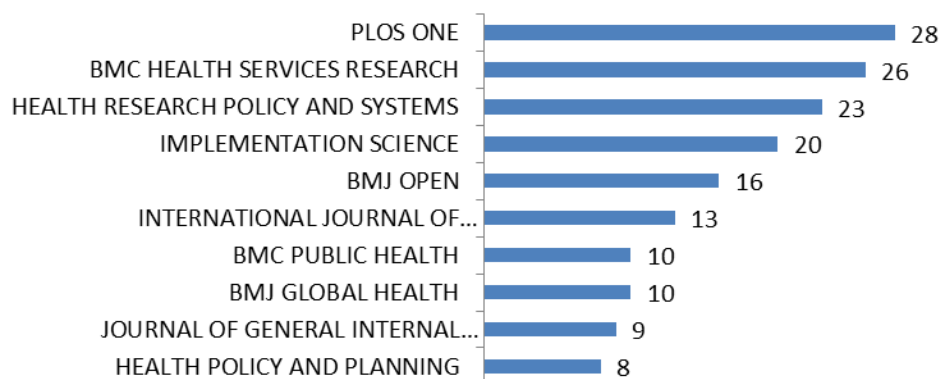
Gráfico 1 - Produção científica anual geral da revisão de literatura



Fonte: Elaboração própria, 2023.

A análise das fontes de publicação dos artigos selecionados, apresentada no Gráfico 2, revela uma variedade de periódicos que contribuíram significativamente para a literatura em ciência da implementação na saúde, dentre elas o PLOS ONE, com 28 artigos, seguido pelo BMC Health Services Research, com 26 artigos, e o Health Research Policy and Systems, com 23 artigos. Outras fontes de destaque incluem o Implementation Science, o BMJ Open e o International Journal of Environmental Research and Public Health. Essas fontes de publicação demonstram o interesse e o engajamento de pesquisadores em diferentes campos, abordando temas relacionados à implementação de políticas e práticas em saúde. A diversidade de periódicos contribui para uma ampla disseminação do conhecimento e enriquece o campo da ciência da implementação na saúde com perspectivas e abordagens diversas.

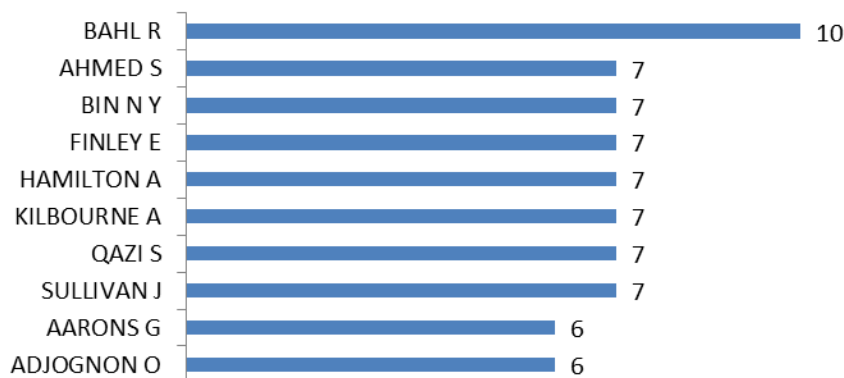
Gráfico 2 - Fontes mais relevantes da revisão de literatura



Fonte: Elaboração própria, 2023.

O Gráfico 3 retrata a análise dos autores mais relevantes, indicando uma variedade de pesquisadores que contribuíram significativamente para a o referencial da ciência da implementação na saúde, como R. Bahl, S. Ahmed, N.Y. Bin, E. Finley, A. Hamilton, A. Kilbourne, S. Qazi e J. Sullivan. Isto também mostra a relevância deste tipo de estudo devido a polarização de grupos distintos em regiões distintas do mundo.

Gráfico 3 - Autores mais relevantes da revisão de literatura



Fonte: Elaboração própria, 2023.

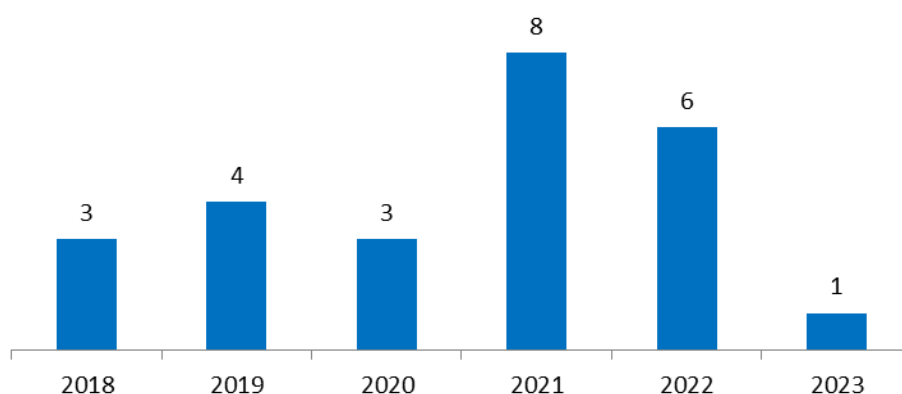
As análises demonstram a relevância da literatura existente na área da ciência da implementação na saúde e destaca a base de conhecimento existente para a revisão sistemática.

Foram conduzidas análises semelhantes com o portfólio final que consistia em 25 artigos selecionados, provenientes de 22 fontes diferentes. Cada documento

teve em média 9,72 citações, o que reflete uma alta visibilidade e relevância na literatura. Em relação aos autores, foram identificados 202 no total, com 205 aparições, e nenhum documento foi escrito por um único autor. O número médio de coautores por documento foi de 8,2, sugerindo uma colaboração significativa entre os pesquisadores. Além disso, apenas 4% das colaborações envolviam autores de diferentes países, indicando uma predominância de colaborações nacionais.

O Gráfico 4 ilustra a distribuição anual dos artigos selecionados, revelando que a maioria deles foi publicada entre os anos de 2021 e 2022.

Gráfico 4 - Produção científica anual – Portfólio da revisão de literatura



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Os artigos selecionados para a fase final da revisão sistemática foram provenientes de diversas fontes, com destaque para o periódico *BMJ OPEN* e *Implementation Science*, que contribuíram com 3 e 2 artigos, respectivamente.

Os 25 artigos do portfólio final foram organizados em um quadro de análise, sendo observados para cada artigo: o objeto de estudo, o tipo de inovação ao qual corresponde o objeto de estudo, o estágio em que a pesquisa de implementação foi realizada, método da pesquisa, *frameworks* utilizados e se foram realizadas adaptações no mesmo. Os dados da análise descritiva completa estão compilados na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise descritiva da revisão de literatura (n=25)

| Descrição | Total (%) |
|---|------------------|
| Tipo de Inovação | |
| Programas ou políticas de saúde | 48% |
| Intervenções de saúde específicas | 36% |
| Diretrizes | 12% |
| Práticas baseadas em evidências | 4% |
| Estágio de aplicação da pesquisa | |
| Durante a implementação da intervenção | 64% |
| Anterior à implementação | 28% |
| Após o encerramento da intervenção | 8% |
| Método | |
| Qualitativo | 72% |
| Quali-quantitativo | 16% |
| Quantitativo | 12% |
| Framework utilizado | |
| CFIR | 88% |
| EPIS | 4% |
| Greenhalgh's | 4% |
| i-PARIHS | 4% |
| Adaptação do <i>framework</i> | |
| Sim | 64% |
| Não | 36% |
| Utilização do <i>framework</i> | |
| Categorizar e analisar respostas e relatar os achados | 16% |
| Criar conteúdo de entrevista semi-estruturada | 4% |
| Criar conteúdo de entrevista semi-estruturada e categorizar respostas | 76% |
| Criar um novo framework | 4% |

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Os artigos selecionados para a revisão sistemática apresentaram objetos diversos, os quais foram categorizados de acordo com o tipo de inovação investigada, porém todos convergiam para a ciência da implementação. Entre os objetos de estudo identificados, destacam-se 3 artigos (12%) que abordaram a implementação de diretrizes, 9 artigos (36%) concentraram em investigar a implementação de intervenções de saúde específicas, enquanto 1 artigo (4%) explorou a implementação de práticas baseadas em evidências. Por fim, 12 artigos (48%) analisaram programas ou políticas de saúde, avaliando sua implementação.

Essa diversidade de categorias de inovação evidencia a amplitude do campo da ciência da implementação e destaca a importância de considerar diferentes abordagens e estratégias para a implementação bem-sucedida de intervenções e práticas inovadoras em saúde.

Outro fator importante de análise foi o estágio em que a pesquisa de implementação foi realizada. Dos artigos analisados, 16 (64%) foram realizados durante a implementação da intervenção, enquanto 7 (28%) foram realizados em um estágio anterior à implementação e 2 (8%) após a implementação. Observou-se ainda que a maioria dos artigos selecionados utilizou o Consolidated Framework for Implementation Research como modelo teórico. O CFIR foi utilizado em 22 (88%) dos artigos, o que demonstra sua ampla adoção e reconhecimento como um modelo útil para entender e avaliar a implementação de intervenções na área da saúde. Além disso, outros frameworks como EPIS, Greenhalgh's e i-PARIHS foram mencionados em um artigo cada, indicando sua aplicação mais específica ou menos difundida na literatura analisada.

A maioria dos estudos (76%) empregou o *framework* tanto na criação do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas quanto na categorização das respostas obtidas. Isso indica uma abordagem abrangente que combina a orientação fornecida pelo framework na formulação das perguntas e na análise das respostas. A categoria seguinte mais comum foi a de apenas categorizar e analisar as respostas, sem utilizar o *framework* na criação do roteiro de entrevista (16%). Uma parcela menor (4%) utilizou o framework apenas para criar o conteúdo da entrevista semi-estruturada, enquanto outros 4% optaram por criar um novo *framework*. Esses dados evidenciam a diversidade de abordagens adotadas pelos pesquisadores na utilização de *frameworks*, refletindo diferentes objetivos e estratégias de pesquisa.

Verifica-se ainda que em 16 estudos (64%) foram realizadas adaptações do *framework* originalmente proposto, indicando a necessidade de personalização do modelo teórico para atender às especificidades do contexto de implementação em saúde. Por outro lado, 9 artigos (36%) não mencionaram

nenhuma adaptação, o que sugere que esses estudos seguiram o framework em sua forma original. Essa diferenciação entre estudos que realizam adaptações e aqueles que aderem ao *framework* sem modificações destaca a flexibilidade e a capacidade de ajuste do modelo teórico utilizado na ciência da implementação, permitindo sua aplicação em diferentes cenários e contextos específicos.

Foi conduzida uma análise descritiva dos estudos selecionados, no qual foi realizado um levantamento dos métodos de pesquisa empregados na aplicação dos frameworks, nos quais 4 (16%) artigos utilizaram uma abordagem quali-quantitativa, combinando métodos qualitativos e quantitativos, outros 18 artigos (72%) adotaram uma abordagem qualitativa, utilizando principalmente entrevistas e grupos focais, enquanto 3 artigos (12%) seguiram uma abordagem quantitativa.

De uma maneira geral, os artigos selecionados apresentam como resultado da pesquisa a identificação dos fatores que atuam como barreiras e facilitadores à implementação. Além disso, cabe ressaltar que muitos estudos oferecem recomendações para melhorar a implementação de intervenções ou programas de saúde, levando em consideração os facilitadores e barreiras identificados.

A relação entre os objetos de estudo, categorias da inovação, *frameworks* utilizados e resultados principais dos artigos do portfólio final da revisão de literatura é apresentada no Quadro 4.

Quadro 4 - Análise do portfólio da revisão de literatura

| Referência | Objeto de estudo | Inovação (Tipo) | Framework | Método |
|---------------------------------|---|-----------------|--------------|--------------------|
| WOODWARD et al., 2019 | Tratamento do vírus da hepatite C (HCV) | Intervenção | i-PARIHS | Quali-quantitativo |
| TAYLOR et al., 2019 | Saúde Complementar e Integrativa | Programa | Greenhough's | Qualitativo |
| YUAN et al., 2019 | Serviços de contratação de médicos de família | Programa | CFIR | Qualitativo |
| INTERIAN et al., 2018 | Videoconferência em casa | Intervenção | CFIR | Qualitativo |
| MC SWEENEY-CADIEUX et al., 2019 | Intervenção de mediação do conhecimento (KB) | Intervenção | CFIR | Qualitativo |

| Referência | Objeto de estudo | Inovação (Tipo) | Framework | Método |
|---|---|------------------------------|-----------|--------------|
| YE et al., 2022 | Programa de prevenção de quedas | Programa | CFIR | Qualitativo |
| VANDEVANTER et al., 2020 | Tratamento da dependência de tabaco baseado em evidências (TDT) | Intervenção | CFIR* | Qualitativo |
| KOWALSKI; VEESER; HEISLER, 2018 | Consultas médicas compartilhadas para diabetes (SMAs) e programa de suporte recíproco entre pares (P2P) | Programa | CFIR* | Qualitativo |
| BARAC et al., 2018 | Intervenções para o controle da febre tifóide | Intervenção | CFIR* | Quantitativo |
| BRENNAN et al., 2022 | Adoção de psicoterapias baseadas em evidências (EBPs) | Prática Baseada em Evidência | CFIR | Qualitativo |
| DRAKE et al., 2022 | Programa de Grupo para Promoção do Engajamento do Paciente e Apoio entre Pares | Programa | CFIR* | Quali-quanti |
| SAADI et al., 2021 | Intervenções destinadas a mitigar estressores relacionados à imigração no contexto de saúde | Intervenção | CFIR* | Qualitativo |
| RALEFALA et al., 2021 | Entrega de terapia concordante com as diretrizes para câncer de mama | Diretriz | CFIR | Qualitativo |
| GALAVIZ et al., 2022 | Práticas preventivas recomendadas por diretrizes para doenças cardiovasculares entre clínicos de HIV | Diretriz | CFIR | Quantitativo |
| TJILOS et al., 2023 | Confiança na vacina contra COVID-19 | Programa | CFIR | Qualitativo |
| ELWY et al., 2021 | Notificação em larga escala de eventos adversos | Intervenção | CFIR* | Qualitativo |
| AKINYEMI et al., 2021 | Iniciativa de erradicação da poliomielite | Intervenção | CFIR* | Quantitativo |
| WESTERLUND; IVARSSON; RICHTER-SUNDBER, 2021 | Diretrizes para o tratamento de depressão e transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes | Diretriz | CFIR | Qualitativo |
| ADJOGNON et al., 2021 | Equipes de Cuidados Alinhados ao Paciente Geriátrico (GeriPACTs) | Programa | CFIR | Qualitativo |
| ELIACIN et al., 2021 | PARTNER-MH, um programa de navegação para pacientes liderado por pares | Programa | CFIR | Quali-quanti |
| LUC et al., 2020 | Serviço de acompanhamento de fraturas | Programa | CFIR | Quali-quanti |
| AHMED et al., 2022 | Intervenção FAST-M para sepse materna | Intervenção | CFIR | Qualitativo |
| WOLKA et al., 2022 | Programa de Equipes de Saúde e Nutrição Móveis (MHNTs) | Programa | CFIR | Qualitativo |
| EZEANOLUE et al., 2020 | Integração dos cuidados de saúde mental em programas existentes de HIV | Programa | EPIS* | Qualitativo |
| DONG et al., 2021 | Programa clínico de Testes Farmacogenômicos para Veteranos (PHASER) | Programa | CFIR* | Qualitativo |

Fonte: Elaboração própria, 2023.

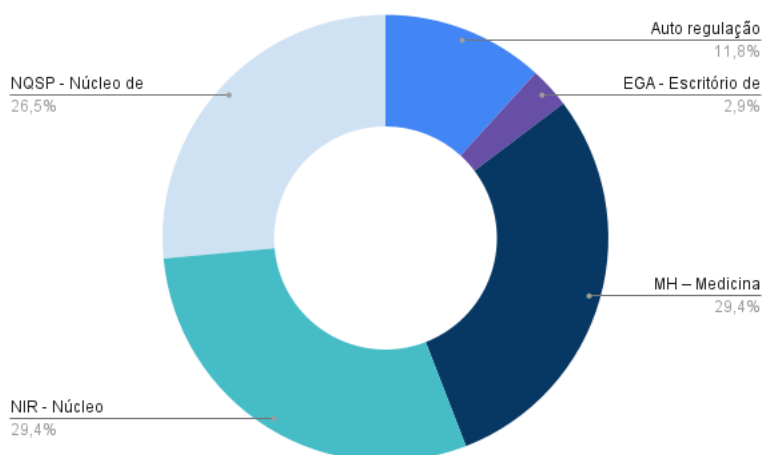
Nota 1: *Utilização do framework sem adaptação

4.2 DIAGNÓSTICO - QUESTIONÁRIO

4.2.1. Análise sociodemográfica

Para o diagnóstico foi enviado o convite de participação para os 96 membros de projetos, no qual participaram 34 (35,4%), englobando representantes de todos os 5 projetos associados ao PGAQ, vigentes em 2024. Os resultados indicaram, conforme apresentado no Gráfico 5, 10 participantes (29,41%) dos projetos Medicina Hospitalista e Núcleo Interno de Regulação, 9 participantes (26,47%) do projeto NQSP - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, 4 participantes (11,76%) do projeto Auto Regulação Formativa Territorial e 1 participante (2,94%) do projeto Escritório de Gestão de Altas.

Gráfico 5 - Distribuição dos participantes da pesquisa por projeto



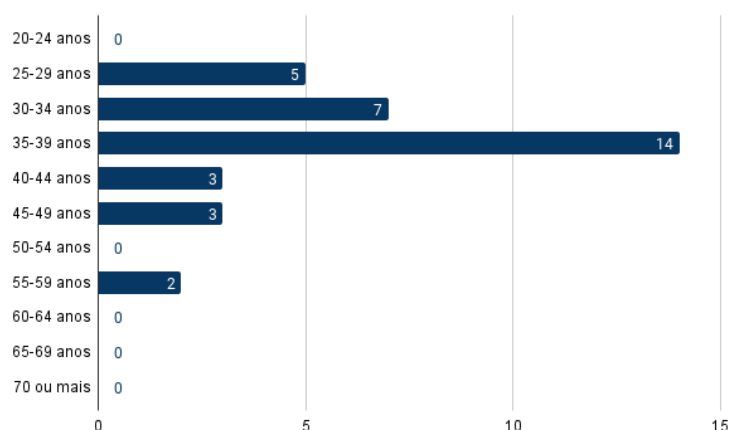
Fonte: elaboração própria, 2024.

Em relação ao gênero, 30 participantes (88,24%) informaram ser do sexo feminino, 3 participantes (8,82%) do sexo masculino e 1 participante (2,94%) identificou-se como "Outro". No que diz respeito à composição racial dos participantes, verificou-se que a maioria, composta por 22 (64,71%), identificou-se como pertencente à raça branca, seguido de 7 participantes (20,59%) que identificaram-se como pertencentes à raça parda. Outros 4 participantes (11,76%) identificaram-se como pertencentes à raça preta e 1 participante (2,94%) se declarou como pertencente à raça amarela.

A idade média dos participantes da pesquisa foi de aproximadamente 37,6 anos, enquanto a mediana foi de 37 anos. Houve predominância na faixa etária

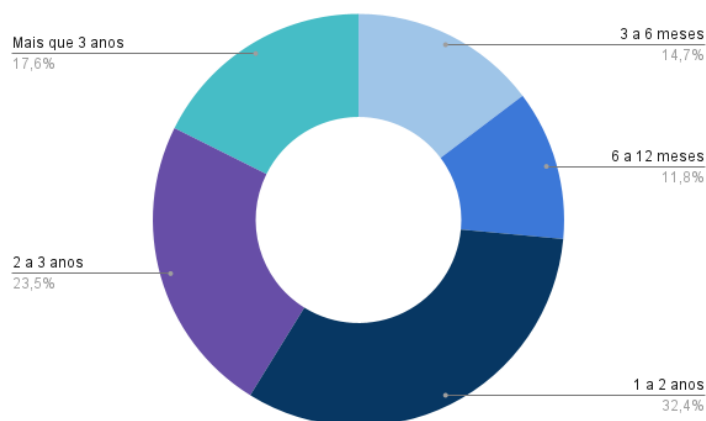
entre 35 e 39 anos (41,2%), seguida da faixa etária de 30 a 34 anos (20,6%) e da faixa etária de 25 a 29 anos (14,7%). As faixas etárias de 45 a 49 anos e 40 a 44 anos apresentaram uma parcela semelhante de participação, cada uma com 8,8. Com menor predominância, a faixa etária de 55 a 59 anos apresentou 5,9% dos respondentes, enquanto nas faixas etárias de 20 a 24 anos, 50 a 54 anos, 60 a 64 anos, 65 a 69 anos ou com 70 anos ou mais não houve participantes. Estas informações estão representadas no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Faixa etária dos respondentes da pesquisa



Fonte: elaboração própria, 2024.

Em relação ao nível de escolaridade dos participantes, a maioria possuía Pós-Graduação (67,65%), seguido por 17,65% com Ensino Superior completo. A formação acadêmica com nível de Mestrado foi relatada por 8,82% dos participantes e a formação de ensino médio completo por 5,88%. Ao examinar o tempo de atuação dos participantes no PGAQ observa-se uma média aproximada de 21,6 meses e uma mediana 19 meses de atuação. Conforme representado no Gráfico 7, a maioria dos respondentes, 32,4%, reportou uma experiência de 1 a 2 anos, seguida de 23,5% que possuía entre 2 e 3 anos de experiência. Em menor proporção, 17,6% dos participantes afirmou ter mais de 3 anos de experiência, 14,7% ter entre 3 e 6 meses e 11,8% ter de 6 a 12 meses de experiência no PGAQ.

Gráfico 7 - Tempo de atuação dos participantes no PGAQ

Fonte: elaboração própria, 2024.

No que diz respeito às funções desempenhadas pelos participantes da pesquisa no âmbito do PGAQ, observou-se que 67,65% do total desempenhava o papel de membro de projeto, 11,76% atuavam como Coordenadores e 11,76% desempenhava o papel de Supervisor em nível central. Em menor proporção, 8,82% dos participantes atuava como Supervisores em nível local (serviço). A distribuição dos locais de atuação dos participantes da pesquisa é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Local de atuação dos respondentes da pesquisa

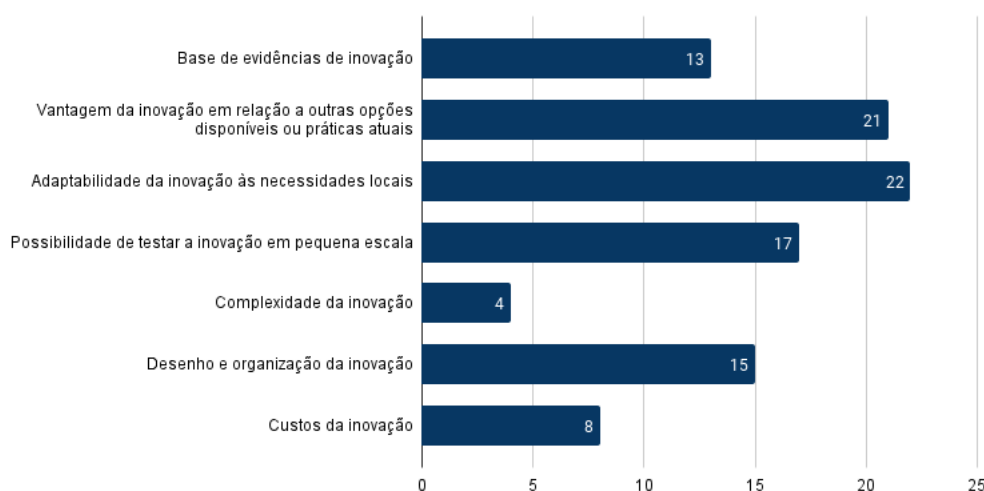
| Local de atuação | Quantidade |
|--|------------|
| CAPAAC - Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos | 2 |
| CREFES - Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo | 1 |
| HDAMF - Hospital Dr. Alceu Melgaço Filho | 2 |
| HDDS - Hospital Dório Silva | 4 |
| HEAC - Hospital Estadual de Atenção Clínica | 2 |
| HESVV - Hospital Estadual de Vila Velha | 3 |
| HINSG - Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória | 5 |
| HJSN - Hospital João dos Santos Neves | 2 |
| HMSA - Hospital e Maternidades Silvío Ávidos | 1 |
| HRAS - Hospital Roberto Arnizaut Silveiras | 1 |
| HSJC - Hospital São José do Calçado | 2 |
| ICEPi (sede) | 5 |
| Outro | 2 |
| UIJM - Unidade Integrada Jerônimo Monteiro | 2 |

Fonte: elaboração própria, 2024.

4.2.2 Facilitadores

Inicialmente foram registradas 122 respostas identificando as características da inovação que atuam como facilitadores da sua implementação. Isso significa que, em média, cada participante selecionou aproximadamente 3,2 características. A característica da inovação mais mencionada, conforme evidenciado pelo Gráfico 8, foi a "Adaptabilidade da inovação às necessidades locais", citada por 22 dos participantes, seguida da "Vantagem da inovação em relação a outras opções disponíveis ou práticas atuais", apontada por 21 respondentes. A "Possibilidade de testar a inovação em pequena escala" também foi considerada relevante, recebendo 17 menções, assim como a "Base de evidências de inovação", destacadas por 13 participantes. Por outro lado, os "Custos da inovação" foram mencionados por apenas 8 respondentes e a "Complexidade da inovação" foi citada por apenas 4 participantes.

Gráfico 8 - Facilitadores da implementação - Domínio características da inovação

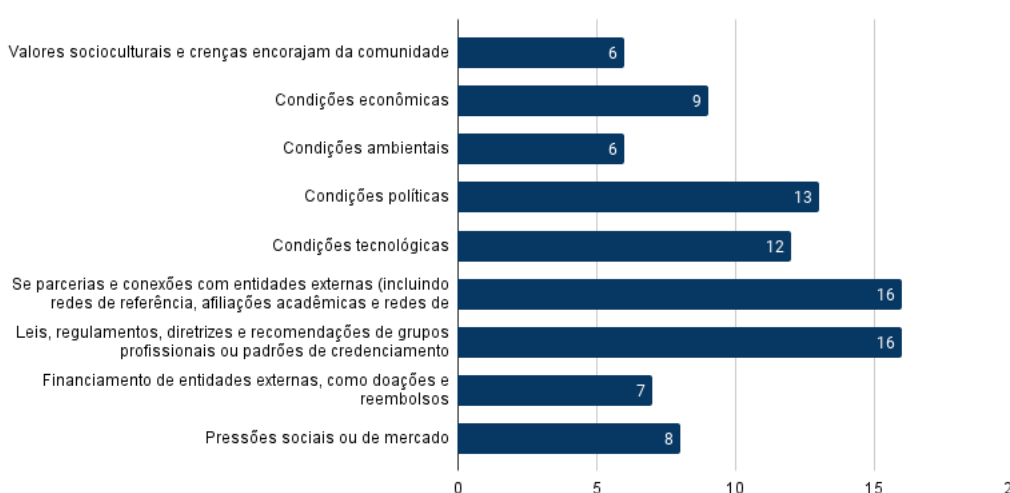


Fonte: elaboração própria, 2024.

O domínio de fatores externos obteve um total de 97 respostas, ou seja, cada respondente identificou uma média de 2,9 fatores que facilitam a implementação das inovações. Dentre eles tiveram destaque as "Parcerias e conexões com entidades externas" e "Leis, regulamentos, diretrizes e recomendações profissionais", citadas em 16 respostas. As "Condições políticas" também foram consideradas significativas, com 13 menções, seguido das "Condições tecnológicas", com 12 respostas. Em menor grau, os

participantes reconheceram as “Condições econômicas” em 9 respostas e as “Pressões sociais ou de mercado” em 8 respostas. Os “Valores socioculturais e crenças encorajadoras da comunidade” foram citados em 6 respostas, seguidos pelas “Condições ambientais” com a mesma quantidade. Por fim, “Eventos de grande escala e imprevistos” e o “Financiamento externo, como doações e reembolsos”, foram mencionados em quatro e sete respostas, respectivamente. As informações estão apresentadas de maneira visual no Gráfico 9.

Gráfico 9 - Facilitadores da implementação – Domínio contexto externo

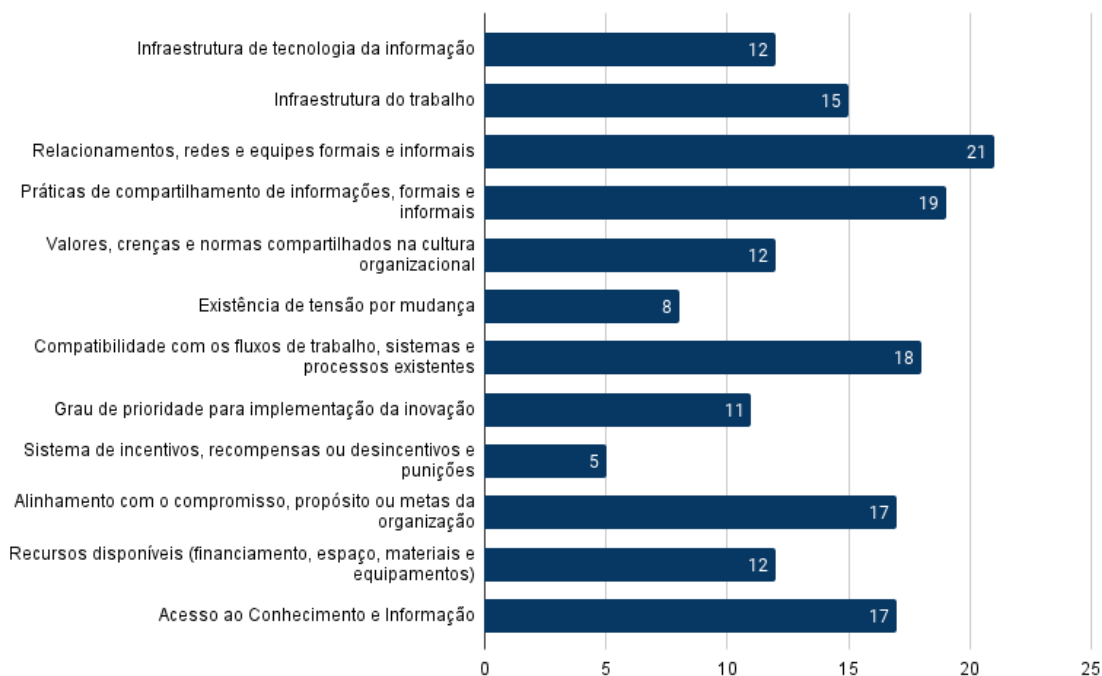


Fonte: elaboração própria, 2024.

No domínio do ambiente interno, foram registradas um total de 180 respostas, indicando que, em média, cada participante do questionário selecionou aproximadamente 5,3 fatores que influenciam positivamente a implementação das inovações. Conforme descrito no Gráfico 10, o fator de “Relacionamentos, redes e equipes formais e informais” foi o mais mencionado, com 21 respostas, seguido do fator “Práticas de compartilhamento de informações, tanto formais quanto informais”, citado em 19 ocasiões. Também teve destaque “Compatibilidade com os fluxos de trabalho, sistemas e processos existentes”, com 18 menções, e “Acesso ao conhecimento e informação” e “Alinhamento com o compromisso, propósito ou metas da organização”, com 17 respostas cada. Por outro lado, fatores como “Existência de tensão por mudança”, “Sistema de incentivos”, “Recompensas ou desincentivos e punições”, e “Grau

de prioridade para implementação da inovação” foram mencionados em menor frequência, com oito, cinco e onze respostas, respectivamente.

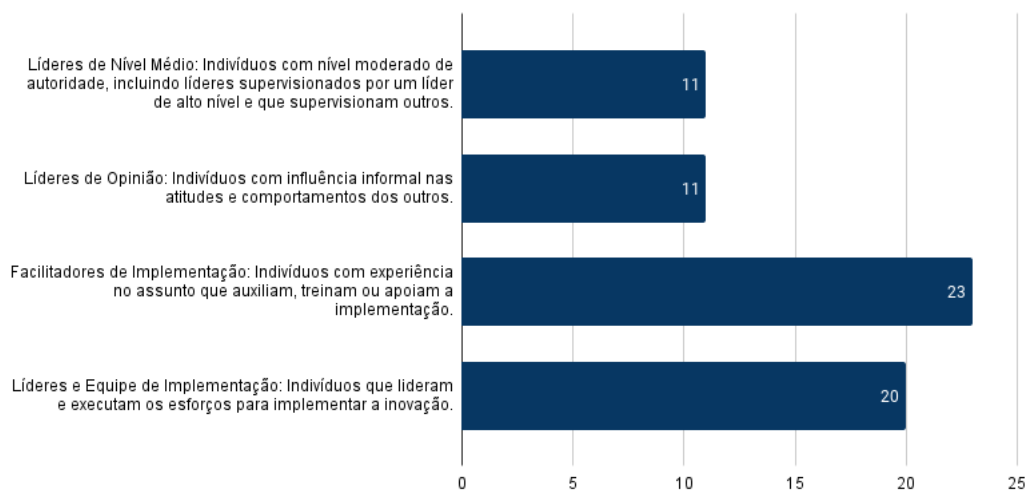
Gráfico 10 - Facilitadores da implementação – Domínio ambiente interno



Fonte: elaboração própria, 2024.

No que diz respeito ao domínio de indivíduos, os “Facilitadores de Implementação: Indivíduos com experiência no assunto que auxiliam, treinam ou apoiam a implementação” foram os mais citados, totalizando 23 respostas, como representado no Gráfico 11. Em seguida, “Líderes de alto nível” e “Líderes e equipe de implementação” receberam a mesma quantidade de menções, ambas com 20 respostas. “Líderes de nível médio” e “Líderes de opinião” foram citados em menor frequência, com 11 respostas cada. Neste domínio cada respondente selecionou uma média de 2,5 itens.

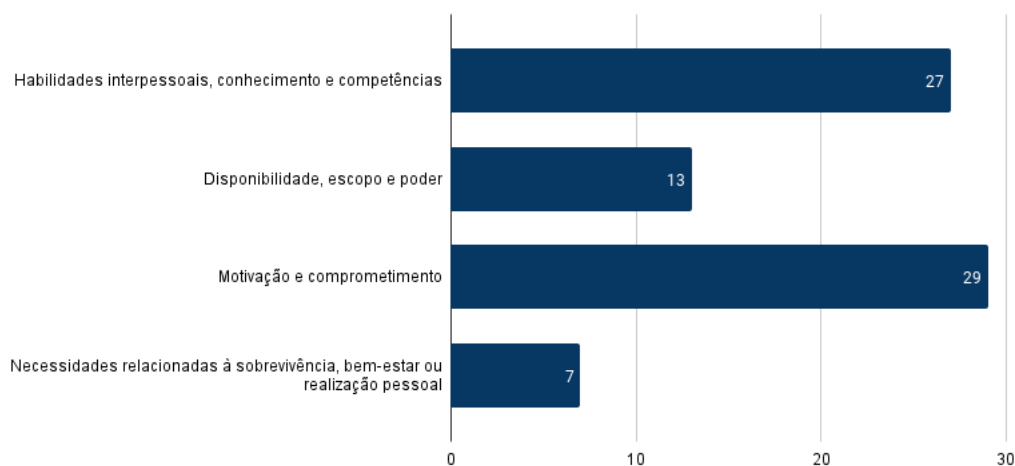
Gráfico 11 - Facilitadores da implementação – Domínio papéis dos indivíduos



Fonte: elaboração própria, 2024.

Em relação às características dos indivíduos que facilitam a implementação das inovações, sendo “Motivação e comprometimento” a característica mais citada, com 29 respostas, seguida de “Habilidades interpessoais, conhecimento e competências”, com um total de 27 respostas. Já a “Disponibilidade, escopo e poder” também foram considerados significativos, com 13 menções, seguido de “Necessidades relacionadas à sobrevivência, bem-estar ou realização pessoal”, mencionadas em 7 respostas, de acordo com a representação no Gráfico 12. Neste domínio cada respondente selecionou uma média de 2,2 características dos indivíduos.

Gráfico 12 - Facilitadores da implementação – Domínio características dos indivíduos

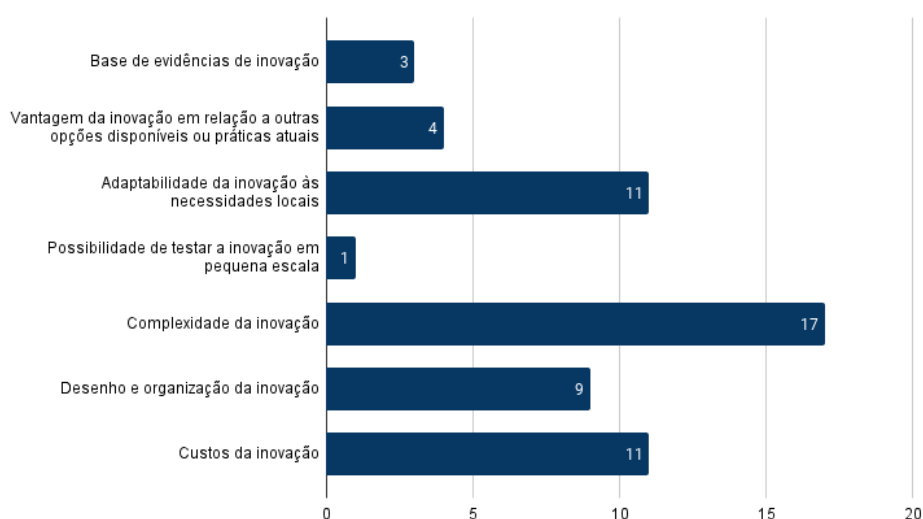


Fonte: elaboração própria, 2024.

4.2.3 Barreiras

A última sessão do questionário teve foco na identificação das principais barreiras para a implementação das inovações nos serviços de saúde onde o PGAQ está presente. Com relação às características da inovação, conforme evidenciado visualmente no Gráfico 13, a “Complexidade da inovação” foi o fator mais citado, com 17 respostas. Em seguida, a “Adaptabilidade da inovação às necessidades locais” e os “Custos associados à sua implementação” foram mencionados em 11 respostas cada. Além disso, o “Desenho e organização da inovação” recebeu nove menções, enquanto a “Reputação e confiabilidade da organização ou grupo que desenvolveu a inovação”, a “Vantagem da inovação em relação a outras opções disponíveis/práticas atuais” e a “Base de evidências da inovação” foram citadas em um número menor de respostas, variando entre três e cinco. A “Possibilidade de testar a inovação em pequena escala” foi identificada como a menos mencionada, com apenas uma resposta. Para este domínio, cada respondente selecionou uma média de 1,8 características da inovação como barreiras à sua implementação.

Gráfico 13 - Barreiras à implementação – Domínio características da inovação



Fonte: elaboração própria, 2024.

No domínio de contexto externo, houve uma média de 2,6 fatores identificados como barreiras por respondente. As “Condições políticas” e as “Pressões

sociais ou de mercado” surgiram como os fatores mais citados, com 14 respostas cada. Em seguida, as “Condições econômicas” e “Condições tecnológicas” foram mencionadas em 12 respostas cada. Os “Eventos de grande escala e/ou imprevistos” e as “Condições ambientais” receberam nove respostas cada, enquanto os “Valores socioculturais e crenças encorajadas pela comunidade” foram citados em oito respostas. Por outro lado, a “Influência de parcerias e conexões com entidades externas” e o “Financiamento de entidades externas” foram considerados menos frequentemente como barreiras, com seis e cinco respostas, respectivamente. “Leis, regulamentos, diretrizes e recomendações profissionais ou padrões de credenciamento” foram identificados como a menos mencionada, com apenas uma resposta, como representado no Gráfico 14.

Gráfico 14 - Barreiras à implementação – Domínio contexto externo



Fonte: elaboração própria, 2024.

O domínio de ambiente interno teve como fator dificultador mais relevante a “Infraestrutura física”, com 19 respostas, seguida da “Existência de tensão por mudança” e “Infraestrutura de tecnologia da informação”, com 17 menções cada. Conforme evidenciado no Gráfico 15, a “Infraestrutura do trabalho” e os “Recursos disponíveis” foram mencionados em 13 respostas cada. Enquanto fatores menos citados se destacam “as práticas de compartilhamento de informações, tanto formais quanto informais”, com apenas três respostas e o “Sistema de incentivos, recompensas ou desincentivos e punições” e o

“Alinhamento com o compromisso, propósito ou metas da organização”, com cinco respostas cada. Este domínio teve uma média de 4 fatores citados por participante.

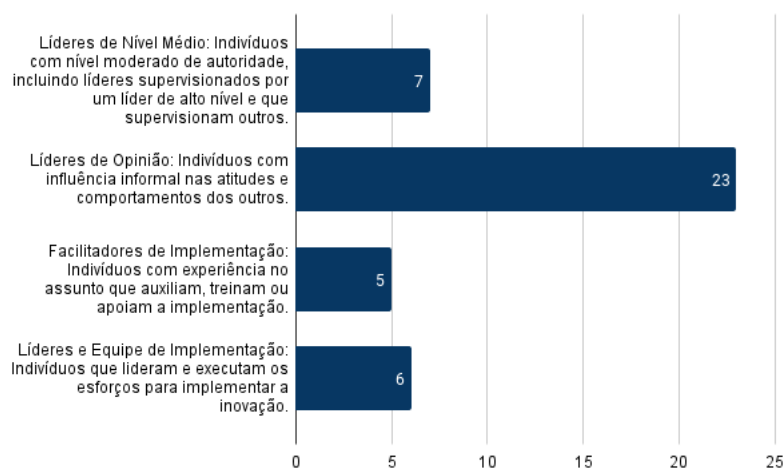
Gráfico 15 - Barreiras à implementação – Domínio ambiente interno



Fonte: elaboração própria, 2024.

Entre os indivíduos que dificultam a implementação das inovações nos serviços de saúde, os “Líderes de opinião” foram os mais mencionados pelos participantes, com 23 respostas, seguidos dos “Líderes de alto nível”, citados em 10 respostas. Os “líderes de nível médio” foram elencados em sete respostas, seguidos pelos “Líderes e equipe de implementação” e os “Facilitadores de implementação”, com 6 e 5 respostas, respectivamente. Para este domínio houve uma média de 1,5 indivíduos selecionados por cada participante da pesquisa. Estes dados estão visualmente representados no Gráfico 16.

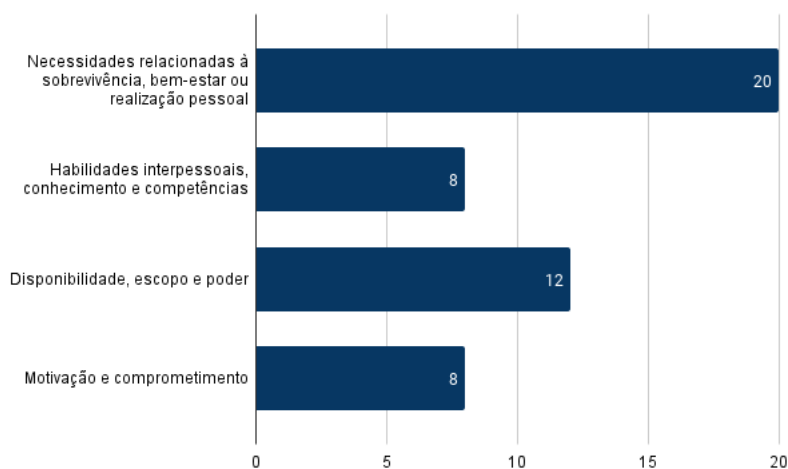
Gráfico 16 - Barreiras à implementação – Domínio papéis dos indivíduos



Fonte: elaboração própria, 2024.

No domínio de características dos indivíduos que dificultam a implementação das inovações, “Necessidades relacionadas à sobrevivência, bem-estar ou realização pessoal” destacou-se como característica mais mencionada, com 20 respostas. A segunda característica mais citada pelos respondentes foi a “Disponibilidade, escopo e poder”, citada em 12 respostas. Tanto as “Habilidades interpessoais, conhecimento e competências” quanto “Motivação e comprometimento” receberam oito respostas cada. A média de fatores mencionados para este domínio foi de 1,4 por participante. As informações estão visualmente representadas no Gráfico 17.

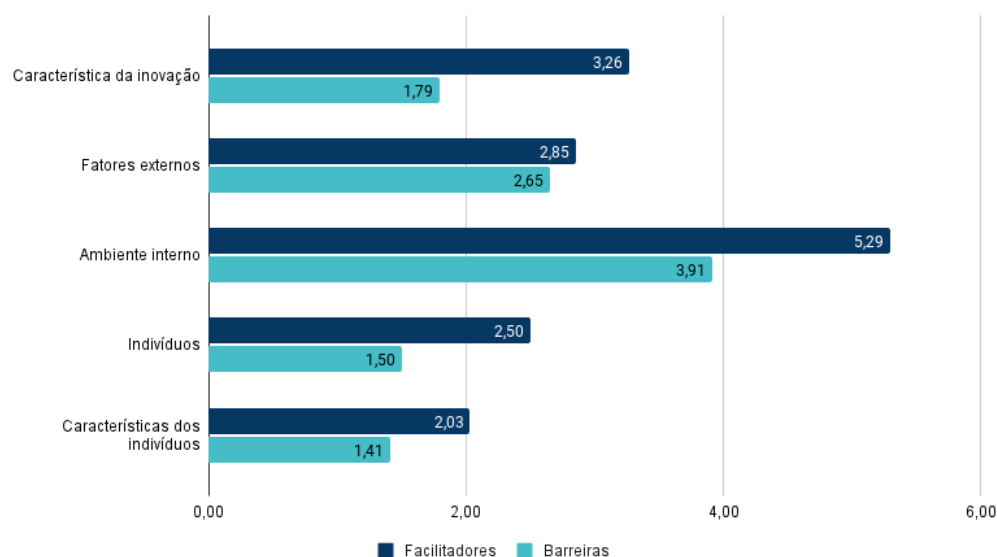
Gráfico 17 - Barreiras à implementação – Domínio característica dos indivíduos



Fonte: elaboração própria, 2024.

Em resumo, observou-se uma distribuição variada nas médias de respostas por pessoa para os diferentes domínios de facilitadores e barreiras para a implementação de inovações, como representado no Gráfico 18. No que diz respeito aos facilitadores, o domínio "Ambiente Interno" obteve a maior média de respostas por pessoa (5,29), seguido pelo domínio "Característica da Inovação" com uma média de 3,26 respostas. Por outro lado, no contexto das barreiras à inovação, o domínio "Ambiente Interno" novamente apresentou a maior média, com 3,91 respostas por pessoa, enquanto "Características dos Indivíduos" obteve a menor média, com 1,41 respostas por pessoa.

Gráfico 18 - Média de respostas por participante em cada domínio do CFIR



Fonte: elaboração própria, 2024.

4.3 DIAGNÓSTICO - GRUPO FOCAL

No dia 07 de fevereiro de 2024, realizou-se o grupo focal com 5 participantes que ocupavam função de gestão no PGAQ, assegurando uma representatividade completa com a presença de um representante de cada projeto. Além disso, estiveram presentes uma facilitadora e um assistente, totalizando 7 pessoas no grupo focal. A sessão do grupo focal teve a duração de 55 minutos e foi encerrada após a discussão de todo o roteiro proposto. O grupo elencou diversos fatores que impactam a implementação das inovações, com destaque para o ambiente interno, os indivíduos e o contexto externo.

Com o intuito de preservar a privacidade dos participantes, optou-se por codificá-los utilizando nomes de planetas, e os identificadores de instituições como hospitais e demais serviços de saúde foram omitidos.

4.3.1. Ambiente interno

Durante as discussões do grupo focal, foram identificados diversos elementos relacionados ao ambiente interno que influenciaram a implementação das inovações propostas. Uma das principais barreiras mencionadas por todos os participantes foi a resistência à mudança cultural dentro das organizações de saúde participantes. Como destacou Mercúrio:

O principal desafio foi a mudança de cultura. Não existia antes do projeto, pelo menos no caso do Núcleo Interno de Regulação e do Escritório de Gestão de Altas, que veio depois, uma cultura, uma organização. Não existia método.

Júpiter complementou, afirmando que:

A questão da cultura também é significativa, pois muitas pessoas ainda não compreendem as atribuições do setor de qualidade.

Outra questão destacada pelo grupo foi a infraestrutura do trabalho, que envolve a organização de tarefas e responsabilidades. Saturno mencionou que esse aspecto corresponde a um obstáculo, enfatizando que:

É preciso entender que estamos ali e não como substituição de mão de obra. Estamos ali como profissionais em formação.

Por outro lado, Mercúrio observou que esse aspecto foi um facilitador no projeto ao qual está envolvida, e citou que:

A maioria dos responsáveis técnicos, os diretores técnicos na época, tornaram-se supervisores médicos do NIR e isso aproximou muito.

Aspectos como infraestrutura física e recursos, como materiais, equipamentos e financeiros, também foram abordados pelo grupo. Júpiter mencionou que:

A falta de um sistema de gestão da qualidade faz os processos serem mais morosos, porque tudo é feito em pastas, né? Cada área trabalha com suas pastas, e é difícil falar de padronização, rastreabilidade, controle, versionamento e segurança.

Este aspecto foi enfatizado por Vênus e Mercúrio:

O Sistema hospitalar, pra gente que é assistencial é bem ruim, dificulta muito nosso trabalho. Tem que fazer retrabalho. (Vênus)

As informações são todas fragmentadas, você tem que ir buscar porque são várias fontes, você precisa de buscar sempre muitas informações. Isso é um fator dificultador importantíssimo. Tem hospital da rede que até hoje não tem prontuário eletrônico. (Mercúrio)

Os participantes relataram diversas barreiras relacionadas à infraestrutura física:

De infraestrutura, a sala, estou falando pelo Hospital X, a sala do projeto era bem precária. (Vênus)

Principalmente na implantação do projeto a gente não tinha um espaço, a gente não tinha equipamento. (Saturno)

Não tem o profissional, não tem equipamento e precisava de ser feito (regulação). Então hoje eu tenho só um hospital de referência que faz isso para uma rede desse tamanho. Então a gente tem um desenho, mas na vida real a gente bate com a porta na cara todos os dias. (Marte)

O acesso ao conhecimento e informações foi apontado por Vênus, que observou que:

É uma questão que os próprios diretores trazem, pra serem treinados na gestão pra entenderem mais do processo e apoiarem ou não os programas.

Saturno complementou, afirmando que:

Se não tiver metodologia, se não tiver o como eu vou fazer isso (inovação), e em paralelo a formação das pessoas, a gente não vai conseguir.

Outra barreira identificada pelo grupo no âmbito do ambiente interno foi a prioridade relativa da inovação, ou seja, a prioridade de implementar a inovação em relação a outras iniciativas. Vênus destacou que:

Manter a adesão ao método para manter a qualidade é muito difícil. De a gente manter, na adversidade o que foi preconizado, para não suprir uma coisa ali, um “tapar o buraco”, e não cair a nossa qualidade só para ajudar o hospital ali, num determinado momento, por exemplo.

Vale ressaltar a tensão por mudança desencadeada pela pandemia de COVID-19 como um facilitador para a implementação dos projetos nos hospitais, conforme destacado por Mercúrio:

Foi uma grande alavanca, uma grande justificativa para a entrada e permanência dos bolsistas dentro do hospital. 'Um veio pra organizar, o outro veio pra dar assistência? Então bora!' Foi mais menos isso.

4.3.2. Contexto Externo

No que diz respeito ao contexto externo, os participantes conseguiram apontar diversos fatores que influenciam positivamente e negativamente na implementação dos projetos de inovação. A existência de políticas e leis foi destacada como um facilitador para a implementação, conforme mencionado por Júpiter:

Tem uma portaria que é a portaria 529 de primeiro de abril de 2013, e a RDC 36 de 25/07/2013, que traz a obrigatoriedade de todos os hospitais, entidades de saúde, sejam elas públicas, privados, filantrópico tem que ter o Núcleo de segurança do paciente, mas não a qualidade.

Além disso, a pandemia de covid-19, considerada um incidente crítico, facilitou a implementação, como afirmou Vênus:

Para mim foi o Covid. Porque tinha uma necessidade de mão de obra naquela época... Porque a gente entrou num momento que precisava muito de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros.

Uma das principais barreiras identificadas pelo grupo no contexto externo diz respeito ao estabelecimento de parcerias e conexões, pois os projetos dependem da colaboração de toda a rede de assistência à saúde. Ademais, as condições locais, isto é, os desafios enfrentados pelos diferentes atores que integram essa rede, também se apresentam como obstáculos significativos. Vênus destacou que:

O que dificultou foi rede mesmo, porque o projeto está dentro do hospital com o objetivo de aumentar o giro de leito, diminuir tempo médio de permanência. Mas em alguns momentos a gente esbarra com a rede, por que eu não consigo tirar uma paciente dali para ir para um hospital de hematologia tão rápido, um hospital com oncologia tão rápido, porque não é perfil do hospital... Ou mesmo o paciente que tem mais uma questão social importante por trás. Demora pra gente conseguir resolver isso, então ele acaba ficando no hospital. Então, às vezes, é esta articulação com a rede, dificulta um pouco o trabalho que a gente tenta fazer lá dentro.

Mercúrio complementou este ponto, relatando que:

Enquanto NIR e EGA, faz toda a diferença a fragmentação do sistema. A gente precisa de uma rede que seja articulada, e tenha um trabalho que seja antes de tudo contínuo com o que o está sendo

feito dentro do hospital. E esse é um dificultador importante, inclusive do projeto em si... Porque a gente não consegue na maior parte das vezes é esta articulação, nem num lugar de onde tem outros projetos do ICEPi como o Qualifica APS, por exemplo. Hoje a gente não consegue articular isso de maneira fluida. A gente consegue de maneira pontual, então a gente tem alguns pontos da rede onde a gente consegue articular 100%, outros que a gente nem conhece e outros que a gente tenta todo o dia... Então isso impacta muito no trabalho do projeto, porque ele depende de articulação externa, basicamente.”

O grupo considerou ainda a pressão externa, de caráter político, como uma barreira à implementação das inovações. Mercúrio mencionou que:

A gente o tempo todo sofre uma pressão. No meu projeto, nós que gerimos leitos no hospital, que é o recurso mais almejado, né? Vamos dizer assim, a gente é alvo de política, de tentativas de burlar o sistema, de burlar o processo, a pressão de todos os lados.

4.3.3. Indivíduos

O grupo também deu destaque à influência dos indivíduos na implementação das inovações, tanto no que diz respeito ao papel que desempenham, quanto às características que possuem. Os líderes e os membros da equipe de implementação foram mencionados como importantes na mudança de cultura da organização, desde que tenham como característica a oportunidade, o escopo e o poder para cumprirem seu papel. Neste sentido, Mercúrio mencionou que:

Estar dentro de um hospital, gerenciando o fluxo dos pacientes significa que a gente precisaria ser empoderado o suficiente para quebrar barreiras que estavam ali há muito tempo, né?

De forma complementar, Saturno relatou a necessidade de um maior entendimento quanto ao papel desses indivíduos para um maior sucesso na implementação das inovações:

Entender que nós, enquanto membros de projeto, somos pessoas que estão ali para a formação, para contribuir nessa mudança de cultura foi o que eu mais senti e ainda sinto.

Vênus corroborou dizendo que:

O que dificulta é a cultura da pessoa, dela estar lá. Porque muitas vezes a pessoa: ‘ah, visita multidisciplinar, hoje não quero, não vou, não posso. Safety huddle, não dá’. Então muito mais na educação da pessoa de estar participando daquele processo, da disciplina de estar participando e mantendo o que é importante é fundamental, e faz a diferença.

No entanto, a característica de motivação desses indivíduos foi apontada pelo grupo como um facilitador para o processo. Júpiter compartilhou que:

Os bolsistas são extremamente apaixonados pelo projeto. Eu tive pessoas que saíram porque não se enquadraram, mas os que estão comigo são fiéis e são apaixonados com o projeto. Eles tocam tudo, acompanham tudo. São extremamente ativos... Querem fazer entrega, cumprem com as amarrações que a gente faz. Eu vejo muito comprometimento nestes bolsistas.

Os distribuidores da inovação, ou seja, os indivíduos que estão entregando a inovação direta ou indiretamente nos serviços de saúde, também foram considerados pelo grupo como importantes para a implementação das inovações. Neste sentido, a característica principal relacionada seria a capacidade de esses indivíduos compreenderem a inovação proposta e superar crenças a seu respeito, estando diretamente relacionada à cultura organizacional. Marte relatou que:

Quando eles entendem esse processo, eles aceitam esse processo, a gente tem a percepção que eles concordam, eles aceitam e eles fazem muito bem. (...) Então, quando a gente traz esse novo modelo, vem essa resistência mesmo. Das dificuldades. Mas depois que eles conseguem entender o processo, eu acho que as coisas fluem de uma forma bem qualificada.

Júpiter contribuiu ainda dizendo que:

Tem aquela questão de um pouco de 'Ah, eu não preciso disso, pra que isso, isso é burocracia, sempre foi assim, por que que tem que fazer?' Tem essa questão cultural.

Marte complementou ainda sobre sua própria experiência com um outro projeto do programa, dizendo que:

Inclusive quando a gente queria tentar fazer algum protocolo, para mim, a qualidade só atrapalhava (risos). Porque a qualidade me colocava 50 mil empecilhos no meu protocolo, e eu falava: 'não vou fazer'.

Foi destacada ainda a capacidade e habilidades técnicas desses distribuidores de inovação como um dificultadores do processo. Júpiter relatou que:

Quando a gente pega os hospitais que não tinham nem a sala, não existia o setor e às vezes tinha o setor, mas quem estava ali não eram pessoas que entendiam com exatidão o que se fazia o núcleo de qualidade e segurança do paciente. Então a gente começou muito do zero com um mercado que é muito escasso hoje em profissionais formados e qualificados na área.

Ele complementou ainda que:

Quando a gente chegou, a gente se deparou com realidades assim, de ter que estruturar não só o método, mas o pegar na mão mesmo e falar: 'você vai fazer assim', 'você vai desenhar a bolinha assim', 'você vai fazer um pinguinho assim', porque as pessoas não sabiam. Eu não tinha pessoal, quadro de gente já trabalhando no hospital, com conhecimento. (Júpiter)

Os líderes de alto nível, neste caso representados por diretores dos hospitais, superintendentes e secretário de saúde foram apontados como facilitadores para os projetos, reunindo além de poder e escopo, características de motivação e comprometimento para a entrega das inovações: Neste sentido, merece destaque as seguintes falas:

Eu acho que o apoio do diretor faz toda diferença. (Saturno)

É engajamento, de todos os colaboradores, toda a direção e de gestão faz muita questão do projeto. Porque sabem que faz diferença. E assim, a qualidade entra para organizar muita coisa, como gestão de comissões, indicadores, documentos, fluxos, processos. E eles batem muito na porta pra pedir apoio para tudo. Isso é um facilitador. (Júpiter)

Marte contribuiu dizendo que:

No meu projeto, o indivíduo principal é o diretor do hospital e o superintendente. Quando eles aceitam as coisas fluem de uma forma muito, muito tranquila. Porque o superintendente lá no município, ele comprava nossa briga e tinha que fazer. E aqui, do lado de cá, o diretor do hospital. Mas quando o diretor ou o superintendente não abraçava a causa, o caos.

O secretário de saúde foi mencionado por Júpiter:

Todos os projetos que a gente mostrava, que tinha uma justificativa, que fazia alguma entrega, que era uma entrega importante, ele brigava pra fazer a implementação.

Ele destacou ainda as características dos líderes de alto nível que facilitam a implementação:

Visão. Vontade de fazer diferença. Eu acho que são pessoas que têm vontade de fazer diferença, de trazer inovação, de inovar na saúde pública. (Júpiter)

Mercúrio, de forma complementar, apontou uma característica importante desses indivíduos:

Compromisso. Eles tinham compromisso com aquele resultado, né? O foco era melhorar o acesso.

Por fim, Marte acrescentou a importância das lideranças médias, dizendo que:

Eu vejo que tem perfis diferentes sabe? Tem alguns que realmente pegam a causa e alguns, que não entendem muito o processo, dificultam algumas coisas.

4.3.4. Características da inovação

Os participantes do grupo também apontaram algumas características da inovação que influenciaram na sua implementação. Júpiter trouxe uma visão compartilhada pelos distribuidores a respeito da complexidade da inovação, dizendo que:

Burocratiza, dificulta, deixa mais moroso. Porque é muito mais fácil fazer um protocolo, mandar para o diretor, e o diretor falar OK, do que fazer protocolo dentro dos padrões da qualidade.

Já as características do *design* e da base de evidências da inovação foram apontadas como facilitadores. Júpiter relatou que:

Ele (o método, a inovação) trabalha com uma forma muito de buscar a visão de liderança, de gestão dentro do hospital. Porque todo o coordenador de área, supervisor, todo o gestor de área, ele tem que ser treinado, e isso desenvolve ele pra uma visão mais crítica, para ele ter mais gestão, gestão de melhorias, para trabalhar com ferramentas, com métodos, sabe? E ele fazer o setor deles ser mais eficiente, digamos. Então, ele trabalha com processo, trabalha com indicadores, com ferramentas, e vem a outra questão, que é a segurança do paciente. Então a gente começa a trabalhar oportunidade de melhoria de processo baseado em eventos adversos, em erros, ouvidorias, queixas, né?

Ainda como facilitadores à implementação, Vênus destacou a baixa complexidade e a adaptabilidade da inovação:

O que facilita ser implementado é isso, que não depende de tecnologia, né? Talvez a gente precise de formulários e tal, mas é muito mais você estar presente ali, fazendo.

4.4 DIAGNÓSTICO - INTEGRAÇÃO DOS DADOS

Os resultados obtidos a partir do questionário e do grupo focal foram integrados por meio de uma comparação lado a lado. O Quadro 5 apresenta os principais fatores identificados como importantes para a implementação das inovações, sejam eles barreiras ou facilitadores.

Quadro 5 - Integração dos dados do grupo focal e do questionário

| Domínio | Grupo focal | Questionário |
|------------------------------|---|---|
| Características da Inovação | <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidade da inovação • Complexidade da inovação • Projeto da inovação • Base de evidências da inovação | <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidade da inovação • Vantagem relativa • Possibilidade de testar a inovação em pequena escala • Complexidade da inovação • Custos da Inovação |
| Contexto Externo | <ul style="list-style-type: none"> • Existência de políticas e leis • Incidentes críticos (Covid 19) • Parcerias e Conexões • Condições locais (tecnológicas, econômicas) • Condições políticas | <ul style="list-style-type: none"> • Parcerias e Conexões • Existência de políticas e leis • Condições políticas • Condições tecnológicas |
| Ambiente interno | <ul style="list-style-type: none"> • Valores, crenças e normas compartilhados na cultura organizacional • Infraestrutura do Trabalho • Infraestrutura física e recursos • Infraestrutura de tecnologia da informação • Acesso a conhecimento e informação • Grau de prioridade para implementação da inovação • Existência de tensão por mudança | <ul style="list-style-type: none"> • Relacionamentos, redes e equipes formais e informais • Práticas de compartilhamento de informações, formais e informais • Compatibilidade com os fluxos de trabalho, sistemas e processos existentes • Alinhamento com o compromisso, propósito ou metas da organização • Infraestrutura física • Infraestrutura de tecnologia da informação • Existência de tensão por mudança |
| Indivíduos - papéis | <ul style="list-style-type: none"> • Líderes e os membros da equipe de implementação • Distribuidores da inovação • Líderes de alto nível • Lideranças médias | <ul style="list-style-type: none"> • Líderes e os membros da equipe de implementação • Líderes de alto nível • Facilitadores de implementação • Líderes de opinião |
| Indivíduos - Características | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade, escopo e poder • Motivação e comprometimento • Habilidades interpessoais, conhecimento e competências | <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades interpessoais, conhecimento e competências • Motivação e comprometimento • Necessidades relacionadas à sobrevivência, bem-estar ou realização pessoal • Disponibilidade, escopo e poder |

Fonte: Elaboração própria, 2024.

4.5 DIAGNÓSTICO - FACILITADORES E BARREIRAS

Os resultados desta pesquisa apontaram os fatores que atuam como facilitadores e barreiras na implementação de inovações pelo PGAQ nos SUS-ES, com base na integração dos dados do grupo focal e do questionário, como destacados no Quadro 6.

Quadro 6 - Facilitadores e barreiras

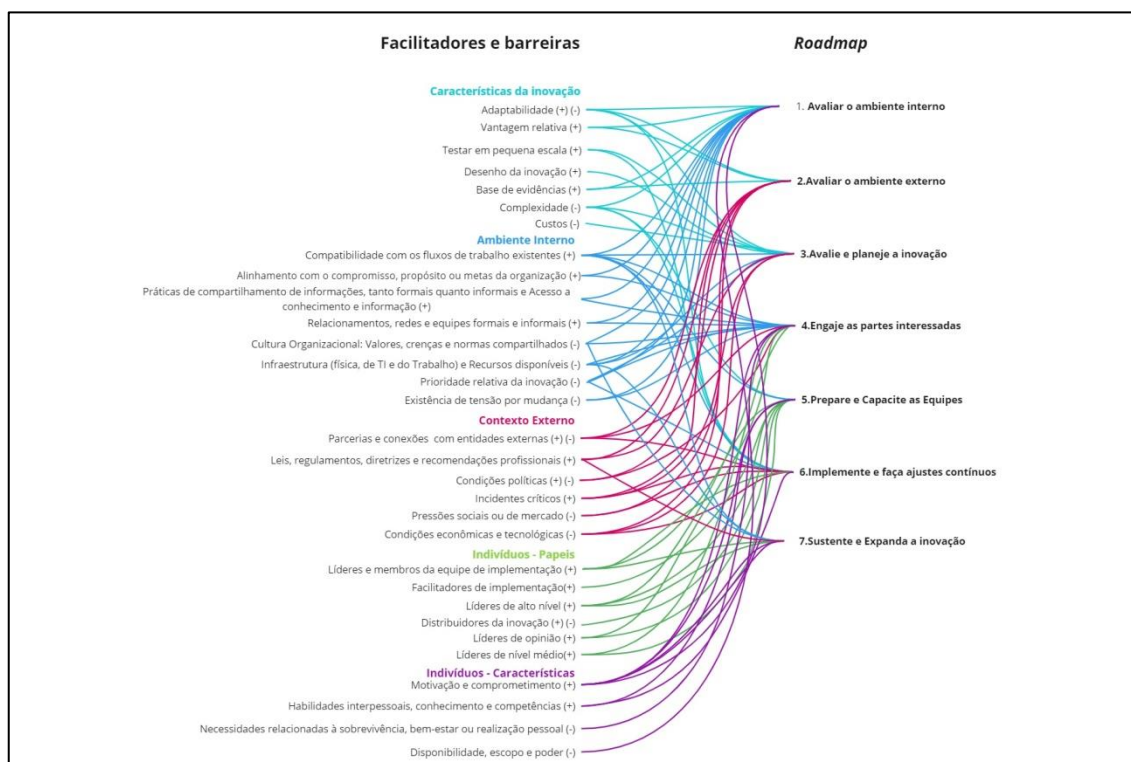
| Domínio | Facilitadores | Barreiras |
|------------------------------|---|---|
| Características da inovação | Adaptabilidade da inovação às necessidades locais; Vantagem da inovação em relação a outras opções disponíveis ou práticas atuais; Possibilidade de testar a inovação em pequena escala; Projeto da inovação; Base de evidências da inovação. | Complexidade da inovação; Custos da Inovação; Adaptabilidade da inovação às necessidades locais. |
| Contexto externo | Parcerias e conexões com entidades externas; Leis, regulamentos, diretrizes e recomendações profissionais; Condições políticas; Incidentes críticos (pandemia de covid-19) | Parcerias e conexões com entidades externas; Condições políticas; Pressões sociais ou de mercado; Condições econômicas; Condições tecnológicas. |
| Ambiente interno | Relacionamentos, redes e equipes formais e informais; Práticas de compartilhamento de informações, tanto formais quanto informais; Compatibilidade com os fluxos de trabalho, sistemas e processos existentes; Acesso ao conhecimento e informação; Alinhamento com o compromisso, propósito ou metas da organização. | Infraestrutura física; Existência de tensão por mudança; Infraestrutura de tecnologia da informação; Infraestrutura do trabalho; Recursos disponíveis; Prioridade relativa da inovação; Valores, crenças e normas compartilhados na cultura organizacional. |
| Indivíduos -- papéis | Líderes e os membros da equipe de implementação Facilitadores de implementação Líderes de alto nível Distribuidores da inovação | Líderes de opinião Líderes de nível médio Distribuidores da inovação |
| Indivíduos - características | Motivação e comprometimento Habilidades interpessoais, conhecimento e competências | Necessidades relacionadas à sobrevivência, bem-estar ou realização pessoal Disponibilidade, escopo e poder |

Fonte: Elaboração própria, 2024.

4.6 PRODUTOS TÉCNICOS/TECNOLÓGICOS – ROADMAP E MANUAL DE IMPLEMENTAÇÃO DE INOVAÇÕES NO SUS-ES

Para organizar e visualizar os facilitadores e barreiras associados às etapas estratégicas de implementação, foi elaborado um mapa mental utilizando a ferramenta Miro. Esse mapa mental ajudou a estruturar e identificar as etapas necessárias para abordar cada desafio e oportunidade. O *Roadmap* de Implementação de Inovações no SUS-ES foi desenvolvido com base neste mapa mental. A Figura 2 apresenta o mapa mental criado no Miro, que ilustra a organização e o planejamento das estratégias.

Figura 2 – Mapa mental da construção do *Roadmap* de Implementação de Inovações no SUS-ES

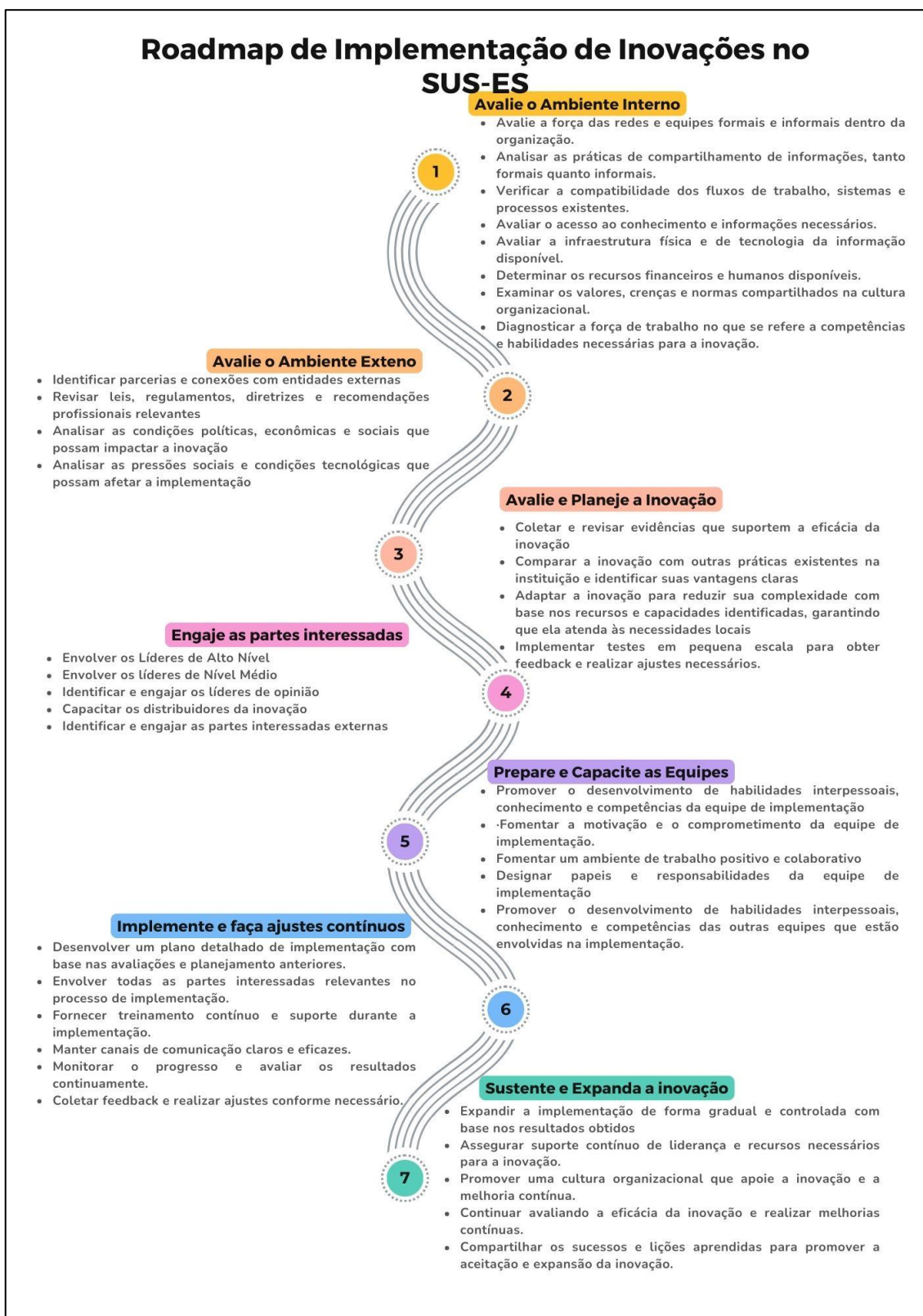


Fonte: Elaboração própria, 2024.

Assim, o *roadmap*, apresentado na Figura 3, é estruturado em sete etapas principais, cada uma contendo atividades projetadas para potencializar os facilitadores e mitigar as barreiras, visando ao sucesso na implementação de inovações. As etapas estratégicas são: avaliar o ambiente interno, avaliar o ambiente externo, planejar a inovação, engajar as partes interessadas, capacitar as equipes, implementar com ajustes contínuos, e sustentar e expandir a inovação.

O Manual de Implementação de Inovações no SUS-ES, que detalha as atividades do *roadmap* em subatividades encontra-se no Apêndice G.

Figura 3 – Roadmap de Implementação de Inovações no SUS-ES



Fonte: Elaboração própria, 2024.

5 DISCUSSÃO

A implementação de inovações no serviço público é influenciada por diversos fatores, como o público alvo, o apelo social, os recursos disponíveis, as tecnologias empregadas e as barreiras enfrentadas. Além disso, a adoção de inovações está intimamente ligada às características específicas de cada organização pública, incluindo seu estilo de liderança e gestão, bem como os valores culturais, e a comunidade local (ASMARA; RAHAYU, 2020). Nesse contexto, este estudo identificou os principais fatores que afetam a implementação de inovações no Sistema Único de Saúde do Espírito Santo, no âmbito do PGAQ.

5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

A revisão sistemática da literatura revelou tendências significativas na pesquisa sobre a implementação de inovações na saúde pública. A predominância de estudos focados em programas ou políticas de saúde (48%) sugere que esses são os principais alvos de inovações no campo, e que a utilização de abordagens qualitativas em 72% dos estudos indica uma preferência por metodologias que permitem uma compreensão mais profunda dos contextos e processos envolvidos na implementação. A adoção quase consensual do Consolidated Framework for Implementation Research por 88% dos estudos demonstra a sua ampla aceitação e utilidade como guia na pesquisa de implementação. Ademais, a aplicação de outros frameworks, como o EPIS, o Greenhalgh's e o i-PARIHS, destaca a diversidade de ferramentas teóricas disponíveis e a necessidade de frameworks específicos para diferentes contextos e objetivos de implementação.

Entre as características do CFIR que justificaram a sua escolha para os estudos, estão os domínios e constructos relevantes para a análise de estratégias de saúde pública (AKINYEMI et al., 2021) e o auxílio na organização dos dados e identificação dos fatores que influenciam a adoção e utilização das diretrizes (WESTERLUND; IVARSSON; RICHTER-SUNDBERG, 2021). Foi destacada ainda que sua utilização permite a observação e documentação de uma ampla perspectiva dos sistemas de saúde e da implementação de programas

(AHMED et al., 2022) e a compreensão dos elementos que afetam o planejamento e a execução de intervenções quando não há uma base de evidências sólida estabelecida (SAADI et al., 2021).

Apesar do CFIR possuir uma estrutura fixa e organizada, destaca-se que 64% dos estudos realizaram adaptações a este *framework*. Entre as adaptações realizadas observa-se a exclusão dos códigos CFIR que não estavam presentes nas entrevistas e a junção de temas menores (YUAN et al., 2019), ranqueamento e seleção de constructos mais importantes do CFIR para guiar as entrevistas ou codificar respostas (GALAVIZ et al., 2022; ADJOGNON et al., 2021; ELIACIN et al., 2021; INTERIAN et al., 2018), criação de categorias adicionais aos frameworks de Greenhalgh e CFIR para abarcar experiências adicionais de implementação (WESTERLUND; IVARSSON; RICHTER-SUNDBERG, 2021; TAYLOR et al., 2019) e refinamento do CFIR (YE et al., 2022).

Além das adaptações, alguns estudos combinam os *frameworks* com outras estruturas ou modelos conceituais. Em um estudo sobre o tratamento da hepatite C entre pacientes negros atendidos pelo Departamento de Assuntos de Veteranos dos EUA, Woodward et al. (2019) utilizaram o i-PARIHS em conjunto com o *framework* de pesquisa para disparidades na saúde para desenvolver um novo modelo: a Estrutura de Implementação da Igualdade em Saúde. A integração desses elementos para incorporar determinantes de equidade em saúde pode aprimorar a eficácia da pesquisa e assegurar que as estratégias de implementação sejam adaptadas para beneficiar todos os grupos populacionais de maneira equitativa.

Mc Sween-Cadieux et al. (2019) integraram dois quadros conceituais, o *Consolidated Framework for Implementation Research* e o *Ecological Framework*, para oferecer uma visão abrangente dos fatores que influenciaram a implementação da intervenção de *knowledge brokering* no distrito de Burkina Faso. A inclusão do *Ecological Framework* complementa o CFIR ao abordar especificamente os fatores relacionados ao sistema de suporte da intervenção, uma dimensão menos explorada pelo CFIR. Em outro estudo, Dong et al. (2021) avaliaram a implementação do programa de testes farmacogenômicos

para veteranos, conhecido como PHASER (*Veterans Affairs Pharmacogenomic Testing for Veterans*), combinando o CFIR com o *Expert Recommendation for Implementing Change* (ERIC). O CFIR foi utilizado para identificar as barreiras e facilitadores da implementação do programa, enquanto o ERIC foi empregado para abordar as barreiras de implementação identificadas, fornecendo estratégias específicas de implementação.

A revisão sistemática de literatura proporcionou um entendimento mais profundo sobre a ciência da implementação, elucidando como os estudos são estruturados em termos de abordagem metodológica, objetos de estudo e utilização de *frameworks* para a identificação de barreiras e facilitadores à implementação de inovações em saúde pública. A revisão também identificou uma lacuna significativa na literatura existente, evidenciada pela escassez de estudos sobre pesquisas de implementação no Brasil nas bases Web of Science e Scopus. Embora essa lacuna seja clara nessas bases, é importante notar que existem outras bases de dados relevantes na área da saúde, cujos conteúdos não foram explorados nesta revisão e onde podem haver estudos relevantes. Com isso, este estudo foi delineado para compreender os fatores que influenciam a implementação das inovações propostas pelo PGAQ nos serviços de saúde. O estudo abrangeu os domínios das características da inovação, do ambiente interno, do contexto externo e dos indivíduos (papéis e características). Os resultados revelaram quais fatores atuam como barreiras e quais funcionam como facilitadores no processo de implementação.

5.2 BARREIRAS E FACILITADORES

5.2.1. Integração dos dados do questionário e do grupo focal

A análise dos dados relacionados ao domínio das Características da Inovação ressalta a importância da adaptabilidade e da complexidade da inovação durante o processo de implementação. Esses elementos foram destacados de maneira consistente tanto pelos participantes do grupo focal, compostos por gestores do PGAQ, quanto pelos respondentes do questionário, que atuam diretamente nos serviços de saúde. No grupo focal, os participantes enfatizaram, adicionalmente, a relevância do projeto da inovação e da base de

evidências como fatores cruciais. Por sua vez, os participantes do questionário realçaram a vantagem relativa da inovação em comparação com outras práticas, bem como a possibilidade de testar a inovação em pequena escala.

No que diz respeito ao domínio do Contexto Externo, observou-se a relevância de múltiplos fatores que exercem influência sobre o processo de implementação de inovações no âmbito do PGAQ. Tanto os participantes do grupo focal quanto os respondentes do questionário destacaram a importância das parcerias e conexões, bem como da existência de políticas e leis, para a implementação de inovações. Além disso, aspectos relacionados às condições políticas e tecnológicas locais foram mencionados tanto no grupo focal quanto no questionário, ressaltando a importância de considerar o contexto mais amplo em que o projeto está inserido. Os incidentes críticos, como a pandemia de Covid-19, emergiram como um ponto de destaque no grupo focal, evidenciando a dinamicidade e a imprevisibilidade do contexto externo.

A análise do domínio do Ambiente Interno revelou uma divergência mais acentuada entre os dados coletados no grupo focal e no questionário. Esta disparidade pode ser atribuída à diferença nos perfis dos participantes, uma vez que os respondentes do questionário ocupam posições diretas nos serviços de saúde, imersos no ambiente interno da organização. Por outro lado, os participantes do grupo focal estão em níveis de gestão, exercendo funções que os mantêm distantes da operacionalização cotidiana dos serviços de saúde. Essa distinção nos papéis e perspectivas dos participantes destaca a complexidade do ambiente interno do PGAQ e a importância de considerar múltiplos pontos de vista ao analisar os fatores que influenciam a inovação dentro da organização.

Ambos os grupos evidenciaram a importância da infraestrutura física e de tecnologia da informação, assim como a existência de tensão por mudança, no processo de implementação das inovações. No entanto, o grupo focal complementou essas observações ao destacar a significância dos fatores relacionados à cultura organizacional, à Infraestrutura do Trabalho, ao acesso ao conhecimento e informação, e ao grau de prioridade para a implementação da inovação. Por outro lado, os dados do questionário enfatizaram a relevância

dos relacionamentos, redes e equipes formais e informais, as práticas de compartilhamento de informações, formais e informais, a compatibilidade com os fluxos de trabalho, sistemas e processos existentes, assim como o alinhamento com o compromisso, propósito ou metas da organização.

No que concerne aos indivíduos que exercem influência sobre o processo de implementação das inovações, houve uma convergência notável em relação aos líderes e aos membros da equipe de implementação, assim como aos líderes de alto nível. No entanto, o grupo focal enriqueceu essa perspectiva ao ressaltar a importância dos distribuidores da inovação e das lideranças médias como agentes influentes. Por outro lado, os dados do questionário destacaram a relevância dos facilitadores de implementação e dos líderes de opinião como figuras-chave no processo de implementação das inovações.

Dentre as características dos indivíduos que exercem impacto sobre a implementação das inovações, observou-se a importância da disponibilidade, escopo e poder, a Motivação e comprometimento, e as Habilidades interpessoais, conhecimento e competências. No entanto, o questionário adicionou uma camada de compreensão ao destacar a importância das necessidades relacionadas à sobrevivência, bem-estar ou realização pessoal como um fator adicional a ser considerado.

5.2.2. Características da inovação

Entre as características da inovação que influenciam a sua implementação, destacaram-se como facilitadores: adaptabilidade às necessidades locais, a vantagem em relação a outras opções disponíveis ou práticas atuais; a possibilidade de testar em pequena escala; o projeto ou desenho da inovação e a base de evidências da inovação.

A importância da adaptabilidade da inovação como um facilitador da implementação é corroborada por estudos de Ye et al. (2022), Barac et al. (2018) e Drake et al. (2022), que destacam como a customização das intervenções para contextos específicos facilita significativamente sua adoção e sustentabilidade. No contexto do PGAQ, essa característica é especialmente relevante, pois o programa busca implementar uma variedade de inovações em

13 serviços de saúde com perfis e características distintos, distribuídos pelas três regiões de saúde do Espírito Santo.

Além da adaptabilidade, a possibilidade de testar a inovação em pequena escala foi apontada como uma característica das inovações do PGAQ que facilita sua implementação. De acordo com Rogers (2003), a experimentação gradual não apenas acelera a adoção da inovação, mas também permite sua customização e adaptação para atender às necessidades do contexto local. Portanto, há uma relação direta entre a adaptabilidade da inovação e a oportunidade de testá-la em pequena escala, o que corrobora os resultados deste estudo. Ademais, Yuan et al. (2019) ressaltaram a importância da realização de projetos piloto como um facilitador crucial para a implementação, possibilitando testes em nível local e recomendando as melhores práticas em nível nacional.

A vantagem da inovação em relação a outras opções disponíveis ou práticas atuais foi apontada como um facilitador significativo. Conforme ressaltado por Rogers (2003), a percepção da vantagem relativa de uma inovação sobre alternativas existentes é fundamental para sua adoção e implementação. Assim, destacar essa vantagem no contexto das inovações do PGAQ é consistente com a importância atribuída à vantagem relativa na decisão de adotar uma inovação (BARAC et al., 2018). Além disso, a vantagem relativa se torna evidente quando comparada à ausência anterior de práticas ou recursos similares (VANDEVANTER et al., 2020). No caso do PGAQ, foram introduzidas ferramentas e métodos anteriormente inexistentes nos serviços de saúde, conforme apontado pelo grupo focal.

O projeto ou desenho da inovação foi apontado como um facilitador, indo ao encontro dos achados de Vandevanter et al. (2020). A base de evidências das inovações também foi destacada como um facilitador, em linha com o estudo de Barac et al. (2018). Outros estudos (MC SWEEN-CADIEUX et al., 2019; YE et al., 2022) identificam que a falta de evidências, como a comprovação da eficácia da inovação, dificultam a implementação. Assim, fica claro que as inovações propostas pelo PGAQ já são reconhecidas e relevantes no contexto da saúde, o que contribui para sua aceitação e implementação.

Entre as barreiras à implementação, teve destaque a adaptabilidade da inovação às necessidades locais. Assim como no estudo de Westerlund; Ivarsson; Richter-Sundberg (2021) esta característica emergiu como facilitador e barreira, demonstrando a interação dinâmica dos fatores que influenciam a implementação (VANDEVANTER et al., 2020). Quando a inovação possui flexibilidade para ser ajustada às especificidades locais, ela atua como um facilitador. Por outro lado, a ausência dessa adaptabilidade ou a incapacidade da equipe de implementação de ajustá-la ao contexto local torna-se uma barreira significativa (Ralefala et al., 2021). Essa questão está diretamente relacionada ao princípio da equidade no Sistema Único de Saúde, que busca garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, considerando as diferenças loco-regionais. A equidade no SUS implica não apenas a igualdade formal, mas a adaptação das políticas e práticas de saúde às diversidades regionais e sociais, visando reduzir desigualdades e promover justiça social. Portanto, a capacidade de uma inovação em saúde de se ajustar às especificidades locais é crucial para a efetivação desse princípio, pois permite que as soluções sejam sensíveis às necessidades e contextos únicos de cada região.

A complexidade da inovação, definida como o quanto uma inovação é considerada difícil de compreender e utilizar (ROGERS, 2003), também se revelou uma barreira significativa. A complexidade pode estar associada ao número de etapas necessárias para implementar a inovação (INTERIAN et al.; 2018) ou ao tempo ao tempo necessário, especialmente quando há diversas prioridades concorrentes (VANDEVANTER et al.; 2020, DRAKE et al.; 2022). Nesse contexto desafiador, a complexidade das inovações ressalta a importância da capacidade de adaptação para atender às necessidades dos atores e do contexto local, o que requer esforço e habilidades por parte da equipe de implementação (MC SWEEN-CADIEUX et al., 2019).

Os custos das inovações também emergiram como uma barreira à implementação, refletindo o contexto brasileiro de austeridade e desfinanciamento das políticas públicas sociais desde a crise econômica. Esse cenário não apenas prejudica o direito à saúde, a cobertura universal e a atenção integral, mas também limita a capacidade do sistema de saúde de

incorporar melhorias necessárias e avançar na qualidade dos serviços (DE ARRUDA PEDROSA et al., 2022).

5.2.3. Contexto externo

As inovações implementadas pelo PGAQ são respaldadas por um amplo conjunto de regulamentações e leis, estabelecendo uma correlação com o achado anterior de que a base de evidências é uma característica facilitadora da inovação. A Portaria MS/GM nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde, inclui em seu texto a criação e funcionamento de Núcleos Internos de Regulação nos hospitais. Além disso, ela respalda a atuação dos Escritórios de Gestão de Altas, ao estabelecer as diretrizes para a alta hospitalar responsável, incluindo a articulação do cuidado com outros pontos da rede e implantação de mecanismos de desospitalização (BRASIL, 2013a). Os Núcleos de Segurança do Paciente, por sua vez, são regulamentados pela Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), visando a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e a redução de eventos adversos, promovendo a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b).

A pandemia de Covid-19, embora tenha trazido grandes desafios em um contexto global, foi apontada como um facilitador para a implementação das inovações do PGAQ. Conforme apontado por Wu e Ho (2022), este período provocou mudanças substanciais nos sistemas de saúde, exigindo criatividade e inovação das organizações para garantir respostas rápidas em um contexto de recursos limitados. Os autores elencaram como principais categorias de respostas inovadoras implementadas durante a pandemia as inovações tecnológicas, inovações de processo, inovação frugal (fazer mais com menos recursos) e reutilização. Essas respostas se traduziram em cuidados médicos, educação da força de trabalho, vigilância da Covid 19, equipamentos médicos, previsão e gestão, e governança.

Neste sentido, as inovações propostas pelo PGAQ emergiram como possibilidade de resposta à pandemia, levando protocolos e processos capazes

de otimizar a ocupação dos leitos na rede pública, garantindo a oferta e atendimento à população mesmo no período adverso (MARCHETTE et al., 2022). Este achado se relaciona com o facilitador do ambiente interno “Tensão por mudança”, uma vez que eventos como epidemias ou surtos tendem a causar uma tensão por mudança no ambiente interno, motivando os indivíduos a mudanças comportamentais (BARAC et al., 2018).

As condições econômicas e tecnológicas emergiram como barreiras à implementação, refletindo a influência negativa do ambiente econômico, que inclui os mecanismos de financiamento das intervenções, e o ambiente social, como crenças socioculturais, como desafios externos mais frequentes. Além disso, é preciso reconhecer o ambiente político, com fatores como vontade política e definição de prioridades, e o ambiente tecnológico, incluindo o acesso à tecnologia, como barreiras (AKINYEMI, 2021). Nesse contexto, Yuan et al. (2019) ressaltam a necessidade de considerar as diferenças geográficas, econômicas e de saúde ao implantar uma inovação em diferentes áreas, ressaltando a importância de adaptar as estratégias de implementação às especificidades locais.

Embora o estudo de Galaviz et al. (2022) tenha destacado uma correlação positiva entre a pressão social percebida e a adoção de práticas inovadoras, os resultados deste estudo indicam uma dinâmica diferente. Neste cenário, as pressões sociais ou de mercado foram identificadas como barreiras à implementação das inovações. Esse contraste sugere a complexidade das influências externas sobre o processo de implementação e destaca a importância de considerar as especificidades de cada contexto.

As condições políticas e as parcerias e conexões com entidades externas emergiram tanto como barreiras quanto como facilitadores à implementação das inovações. No caso das condições políticas, percebe-se uma manifestação da complexidade do sistema sócio-político em que os serviços estão inseridos, especialmente em relação às dinâmicas de poder e políticas entre os diversos atores envolvidos (MC SWEEN-CADIEUX et al., 2019).

No que diz respeito a parcerias e conexões externas, Saad et al. (2021) destacam a sua importância para a implementação bem-sucedida, uma vez que essas parcerias apoiam a adaptação, o desenvolvimento e a disseminação das intervenções. Mc Sween-Cadieux et al. (2019) também elucidam a importância do estabelecimento de parcerias no desenvolvimento da intervenção, garantindo que ela seja projetada para responder às necessidades das partes interessadas. No contexto do PGAQ, as parcerias e conexões externas são fundamentais, uma vez que as inovações propostas, em sua grande maioria, foram desenhadas para possibilitarem a integração dos hospitais aos demais pontos de atenção à saúde na sua região de atuação, conforme preconizado pela PNHOSP. Essa integração é fundamental para garantir uma atuação sinérgica entre os diferentes níveis de atenção, promovendo a continuidade do cuidado ao usuário e otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2013a). Cabe ressaltar ainda que esta integração é indispensável para atender ao princípio do SUS da integralidade de assistência, que se refere a coordenação integrada e contínua das ações e serviços de prevenção e tratamento, tanto para indivíduos quanto para comunidades, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 1990).

A presença de parcerias e conexões como tanto facilitadores quanto barreiras pode ser explicada pelas discrepâncias regionais em que os serviços estão inseridos. Nesse contexto, é fundamental destacar que os hospitais e outras unidades de saúde são organizados de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo, o qual leva em consideração as características culturais, socioeconômicas e os aspectos políticos interfederativos. Isso se deve ao fato de que o funcionamento do sistema regional é resultado de acordos entre os gestores do sistema de saúde, refletindo a complexidade e as particularidades de cada região (ESPÍRITO SANTO, 2011).

5.2.4 Ambiente interno

No domínio do ambiente interno, atuam como facilitadores os fatores de Relacionamentos, redes e equipes formais e informais; Práticas de

compartilhamento de informações, tanto formais quanto informais; Compatibilidade com os fluxos de trabalho, sistemas e processos existentes; Acesso ao conhecimento e informação; e Alinhamento com o compromisso, propósito ou metas da organização.

A compatibilidade com os fluxos de trabalho, sistemas e processos existentes e o alinhamento com o compromisso, propósito ou metas da organização foram apontados como importantes facilitadores para a implementação das inovações do PGAQ nos serviços de saúde. Conforme Rogers (2003), quando uma inovação se integra harmoniosamente com as práticas já estabelecidas, sua aceitação tende a ser mais fluida. Esse entendimento é corroborado por Kowalski, Veaser e Heisler (2018), que ressaltaram a importância da flexibilidade na adaptação das intervenções para garantir essa compatibilidade com os fluxos de trabalho em vigor. Ademais, as investigações de Mc Sween-Cadieux et al. (2019) e Drake et al. (2022) evidenciam que essa compatibilidade não se limita apenas aos aspectos técnicos, mas também com os desejos e necessidades das partes interessadas e com as prioridades, objetivos e valores da organização. Neste sentido, Saadi et al. (2021) destacam que este alinhamento com a missão e as prioridades organizacionais é essencial para a implementação bem sucedida das intervenções.

Outros facilitadores incluem o acesso ao conhecimento e informações, bem como as práticas de compartilhamento de informações, tanto formais quanto informais. Interian et al. (2018) sustentam essas descobertas, ao indicar que quando as informações sobre a inovação são limitadas, disponibilizadas fora do momento oportuno e provenientes de diversas fontes, podem surgir desafios durante a implementação. No contexto do PGAQ, esse é um facilitador crucial, uma vez que muitas das inovações propostas correspondem a ferramentas de comunicação e informação para a gestão, como os *Huddles*, *Rounds* multidisciplinares, *kanban*, entre outros. Além disso, o programa possui em seu escopo a capacitação e qualificação dos profissionais nos métodos implementados, garantindo a formação em serviço dos trabalhadores (ESPÍRITO SANTO, 2022).

Os relacionamentos, redes e equipes formais e informais emergiram como facilitadores da implementação. Esses achados estão alinhados com pesquisas anteriores, como a de YE et al. (2022), que destacam a importância de características estruturais maduras, como redes de relacionamentos seguras e comunicações confiáveis, para facilitar a implementação de inovações. Além disso, o estudo de Saadi et al. (2021) ressalta a relevância de redes robustas que conectam administradores, clínicos, funcionários e pacientes em diferentes níveis dentro e fora das instituições de saúde. Adicionalmente, Westerlund, Ivarsson e Richter-Sundberg (2021) enfatizam a importância dos relacionamentos e da comunicação entre equipes multidisciplinares. Em consonância com essas evidências, a PNHOSP estabelece as diretrizes para a assistência hospitalar, destacando o papel das equipes multiprofissionais (formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes) de compartilhar informações decisões de forma horizontal (BRASIL, 2013a).

Entre as barreiras do ambiente interno estão os valores, crenças e normas compartilhados na cultura organizacional; a infraestrutura (física, de tecnologia da informação, do trabalho); os recursos disponíveis; a existência de tensão por mudança e a prioridade relativa da inovação. A cultura organizacional dos serviços de saúde onde o PGAQ atua foi percebida como uma barreira à implementação, indicando que estas organizações muitas vezes não demonstram abertura ou vontade de mudar, impactando negativamente a efetividade da implementação (YE et al., 2022; KOWALSKI; VEESER; HEISLER, 2018; WESTERLUND; IVARSSON; RICHTER-SUNDBERG, 2021).

Apesar das diferenças significativas entre os hospitais e serviços de saúde em que o Programa atua, a infraestrutura e os recursos disponíveis emergiram como grandes dificultadores na implementação das inovações. A falta de infraestrutura adequada, incluindo espaço físico apropriado, equipamentos e acesso às tecnologias da informação, comprometem a eficácia e a sustentabilidade das intervenções. Esses achados são corroborados pelos estudos de Mc Sween-Cadieux et al. (2019), Kowalski, Veese e Heisler (2018), Barac et al. (2018), Taylor et al. (2019), além de refletir o cenário de desfinanciamento das políticas públicas de saúde no Brasil, mencionado anteriormente.

Além das deficiências de infraestrutura e recursos materiais, destaca-se também a carência de recursos humanos nos serviços de saúde. Essa insuficiência se manifesta tanto na falta de pessoal suficiente para atender às demandas quanto na indisponibilidade de tempo dedicado à implementação de inovações ou à formação em serviço. A escassez de recursos humanos agrava ainda mais os desafios da implementação, comprometendo a eficácia das intervenções e a qualidade do atendimento (INTERIAN et al.; 2018, TAYLOR et al.; 2019). Portanto, torna-se crucial considerar as mudanças no cenário do trabalho em saúde, impulsionadas pela globalização, pela revolução tecnológica 4.0, pelo aumento da precarização do trabalho e seus impactos, além das inovações tecnológicas e sistemas de informação (MACHADO et al., 2023).

A precarização dos contratos de trabalho no setor público pode ser observada em todo o país, abrangendo diversos setores além da saúde. Esses contratos, geralmente temporários, apresentam uma série de aspectos adversos, como remuneração baixa, ausência de direitos e benefícios sociais como férias, décimo terceiro salário, adicionais de insalubridade e periculosidade, licenças remuneradas, além de maior vulnerabilidade a assédio e discriminação. Adicionalmente, há uma falta de suporte em casos de doenças e acidentes (SILVA; GURGEL, 2024).

No contexto da infraestrutura de trabalho é importante considerar ainda a capacitação dos trabalhadores, necessária para adotar e sustentar novas práticas. Neste sentido, Machado et al. (2023) ressaltam que integrar e reforçar a Educação Permanente em saúde na cultura organizacional é uma estratégia eficaz para modificar as práticas em saúde, permitindo a reflexão sobre as atividades diárias, o intercâmbio de experiências e a melhoria da segurança do paciente.

Ademais, a infraestrutura de tecnologia da informação representou uma barreira significativa para a implementação das inovações do PGAQ. Em alguns casos, isso se manifestou na falta de acesso à internet, ausência de um sistema de informação eficiente ou até mesmo na fragmentação dos sistemas de informação existentes. Essas limitações tecnológicas comprometem a

integração e o fluxo de dados, dificultando a coordenação das atividades e a tomada de decisões informadas, e muitas vezes gerando retrabalho para a equipe implementadora (YUAN et al.; 2019).

A ausência de tensão por mudança e de prioridade relativa para implementar a inovação emergiram como barreiras. A prioridade relativa da inovação está relacionada com o engajamento da liderança e com a existência de objetivos, metas e *feedback* dentro da organização (WESTERLUND; IVARSSON; RICHTER-SUNDBERG, 2021). A tensão mudança, por sua vez, tem relação com a percepção que uma situação é intolerável e precisa mudar (RALEFALA et al., 2021). Cabe ressaltar ainda, que esses fatores são especialmente prevalentes em ambientes onde a cultura organizacional não favorece a inovação, dificultando a introdução de novas práticas e tecnologias, o que corrobora com os outros achados deste estudo.

5.2.5. Indivíduos

Os resultados desta pesquisa destacam a importância dos indivíduos para o sucesso da implementação, envolvendo tanto o papel que representam, quanto as características que possuem. Neste sentido os líderes de alto nível, representados pelo secretário de saúde, diretores dos hospitais ou superintendentes regionais de saúde, desempenharam um papel fundamental, na medida que possuíam a motivação e o comprometimento para implementar as mudanças propostas. É importante destacar que muitas vezes a motivação e o comprometimento dos líderes, partiam do seu nível de conhecimento acerca das inovações propostas. O apoio das lideranças é de fundamental, pois ele pode englobar desde a destinação de recursos financeiros, espaço físico, equipamentos até a garantia de tempo dedicado da equipa para a implementação (TAYLOR et al. 2019).

Os líderes e membros da equipe de implementação foram identificados como fundamentais para o sucesso da implementação das inovações, graças ao seu comprometimento e paixão. Taylor et al. (2019) destacam que a paixão, perseverança e criatividade desses atores podem ser essenciais para superar as barreiras encontradas durante o processo de implementação. Mc Sween-

Cadieux et al. (2019) reforçam ainda a importância desses indivíduos compartilharem a mesma visão dos objetivos e das atividades a serem executadas.

Os agentes facilitadores da implementação, responsáveis por criar um ambiente favorável a adoção da inovação, por meio de atividades como educação, persuasão, suporte técnico e fornecimento de recursos (ROGERS, 2003), foram identificados como fundamentais. Além disso, os distribuidores da inovação desempenham um papel crucial na sua implementação, podendo tanto facilitar quanto dificultar o processo. No contexto do PGAQ, esses distribuidores são os profissionais que trabalham em conjunto com as equipes de implementação, recebendo treinamento e aplicando no seu dia a dia as ferramentas, práticas e métodos propostos pelo programa. Em outras palavras, eles entregam a inovação direta ou indiretamente (DAMSCHRODER, 2022).

Os líderes de opinião e líderes de nível médio foram identificados como barreiras à implementação das inovações do Programa. Na teoria de Rogers (2003), esses indivíduos podem ser vistos como *champions*, ou seja, aqueles que intermediam e organizam uma inovação dentro de uma organização, ajudando a ajustá-la ao contexto organizacional. O apoio desses indivíduos é crucial para a implementação e disseminação de inovações (TAYLOR et al., 2019; KOWALSKI, VEESER & HEISLER, 2018; SAADI et al., 2021). No entanto, no caso do PGAQ, esses atores atuam como oponentes, utilizando seu poder formal e informal para impedir que a inovação seja integrada à rotina da organização, indicando a necessidade de estratégias específicas para envolvê-los e conquistar seu apoio.

5.3 RELEVÂNCIA DA PESQUISA

A pesquisa contribui significativamente para o avanço da ciência da implementação, especialmente ao considerar o contexto brasileiro. A ausência de estudos no contexto brasileiro em revistas de alto impacto destacada na revisão sistemática ressalta a relevância deste trabalho, especialmente considerando o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Além disso, ao aplicar o *Consolidated Framework for*

Implementation Research em diferentes tipos de inovações, a pesquisa amplia o entendimento sobre sua aplicabilidade em contextos diversos, proporcionando aprendizados valiosos e possibilidades de melhorias em futuras intervenções.

Além disso, os resultados desta pesquisa têm o potencial de influenciar positivamente a implementação de intervenções no Sistema Único de Saúde, proporcionando uma estrutura direcionadora para o sucesso dessas iniciativas. Especificamente no âmbito do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, os aprendizados adquiridos podem orientar a implementação de inovações em novos projetos ou programas. O *roadmap* desenvolvido delinea as principais etapas e ações a serem executadas antes e durante a implementação, visando superar obstáculos e potencializar facilitadores.

Adicionalmente, este estudo se revela relevante para o PGAQ ao oferecer uma análise profunda dos fatores que influenciam a implementação de inovações no contexto da saúde pública. Ao identificar os facilitadores e as barreiras que impactam o processo de implementação, este trabalho proporciona aprendizados valiosos para aprimorar as estratégias de execução do programa. Compreender esses aspectos críticos não apenas possibilita a correção ágil de possíveis erros durante a implementação, mas também contribui para maximizar os resultados alcançados pelo programa. Além disso, ao desenvolver um *roadmap* claro e orientador, delineando etapas cruciais e ações estratégicas, este estudo oferece uma base para guiar futuras iniciativas do programa, promovendo uma adaptação mais eficaz às necessidades locais e potencializando os impactos positivos nas práticas de atenção à saúde.

Portanto, espera-se que este estudo contribua significativamente para o sucesso na implementação de inovações nos serviços de saúde no Espírito Santo, garantindo não apenas a eficácia imediata, mas também a sustentabilidade das mudanças ao longo do tempo. Ao focar na identificação e superação de desafios específicos do contexto local, este trabalho visa aprimorar continuamente o serviço prestado ao cidadão, promovendo

melhorias substanciais na qualidade e acessibilidade dos cuidados de saúde oferecidos pela rede pública.

5.4 LIMITAÇÕES

As limitações deste estudo incluem a análise do programa como um todo, sem a desagregação individual de cada projeto e, conseqüentemente do tipo de inovação implementada. Isso pode ter resultado na perda de detalhes específicos e de particularidades de cada iniciativa, que poderiam fornecer uma compreensão mais precisa sobre os fatores que influenciam a implementação e o sucesso das inovações. Além disso, não foi realizada a análise desagregada por cada serviço de saúde hospitalar, o que pode ter omitido variações importantes no desempenho e nas barreiras enfrentadas por esses serviços em comparação com outros contextos de saúde.

De forma adicional, é importante notar que esta pesquisa se concentrou exclusivamente nos líderes e equipe de implementação, deixando de abordar outros atores essenciais para o processo, como os distribuidores de inovação, líderes intermediários, líderes de alto nível e até mesmo os próprios beneficiários. Desta forma, pode ter ocorrido uma limitação na compreensão completa das dinâmicas de implementação e das percepções em diferentes níveis da organização. As limitações deste estudo indicam a necessidade de estudos futuros que abordem cada projeto individualmente, incluam uma análise mais detalhada para cada serviço de saúde e inclua todos os indivíduos envolvidos na implementação das inovações.

Cabe destacar ainda o uso do questionário quantitativo, que, embora tenha permitido a obtenção de um número maior de respostas, forneceu dados limitados para aprofundar a compreensão dos facilitadores e barreiras apontados pelos participantes. A falta de insumos qualitativos mais detalhados restringiu a capacidade de identificar nuances importantes nas percepções dos respondentes. Por outro lado, o grupo focal, que proporcionou uma análise mais profunda e rica sobre esses aspectos, envolveu um número reduzido de participantes, limitando a representatividade dos achados. Essas restrições metodológicas sugerem que estudos futuros poderiam combinar uma amostra

maior e mais diversificada nas abordagens qualitativas e quantitativas, para obter uma visão mais abrangente das dinâmicas envolvidas na implementação das inovações.

6 CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como objetivo geral propor estratégias com potencial de melhorar a implementação de inovações na saúde pública capixaba. Para alcançar este objetivo, foram definidos objetivos específicos que orientaram a pesquisa: realizar uma revisão sistemática de literatura sobre pesquisas de implementação em contextos de saúde pública, identificar os principais facilitadores e barreiras na implementação de inovações na saúde pública capixaba e desenvolver um guia com recomendações para futuras implementações de inovação no SUS-ES.

A revisão sistemática de literatura permitiu uma compreensão aprofundada das abordagens e desafios enfrentados na implementação de inovações em saúde pública. A análise dos dados coletados, por sua vez, identificou diversos facilitadores e barreiras, como a adaptabilidade da inovação às necessidades locais, a existência de parcerias e conexões com entidades externas, e a infraestrutura interna das organizações de saúde. Essas descobertas foram determinantes para o desenvolvimento do *roadmap* e do manual de implementação de inovações no SUS-ES, os produtos técnicos/tecnológicos resultantes deste estudo.

O *roadmap* de implementação de inovações no SUS-ES, estruturado em sete etapas principais, oferece etapas estratégicas para orientar os gestores e profissionais de saúde na introdução de novas práticas e tecnologias. As etapas estratégicas incluem a avaliação do ambiente interno, a avaliação do ambiente externo, o planejamento da inovação, o engajamento das partes interessadas, a capacitação das equipes, a implementação com ajustes contínuos e a sustentação e expansão da inovação. Este *roadmap* é uma contribuição significativa para a literatura de implementação em saúde pública e fornece uma ferramenta prática para os profissionais do SUS-ES.

Do ponto de vista metodológico, esta dissertação contribuiu ao utilizar um *framework* adaptado para analisar a implementação de inovações, oferecendo um modelo replicável para outras regiões e contextos de saúde pública. Além disso, a pesquisa está alinhada com as linhas de pesquisa do Programa de

Pós-Graduação em Gestão Pública, especificamente com a Linha de Pesquisa 2: Gestão de Serviços Públicos e Inovação. Os produtos técnicos e tecnológicos gerados estão em consonância com o Projeto Estruturante 4: Transformação e Inovação Organizacional, reforçando a integração da dissertação com as diretrizes e objetivos do programa.

Este estudo tem um impacto significativo para o ICEPi ao fornecer um *roadmap* e um manual de implementação que oferecem diretrizes práticas para gestores e profissionais de saúde. Além de facilitar a aplicação eficaz das inovações, estes recursos promovem uma cultura de inovação contínua e sustentável, em consonância com os princípios do SUS. Espera-se que este estudo contribua substancialmente para o sucesso na implementação de inovações nos serviços de saúde do Espírito Santo, assegurando não apenas a eficácia imediata, mas também a sustentabilidade das mudanças ao longo do tempo. Ao focar na identificação e superação de desafios específicos do contexto local, este trabalho visa contribuir com o aprimoramento do serviço prestado ao cidadão por meio da implementação das inovações, que podem promover melhorias substanciais na qualidade e acessibilidade dos cuidados de saúde oferecidos pela rede pública.

Em termos de aplicabilidade, replicabilidade e complexidade, a dissertação apresentou um modelo adaptável que pode ser aplicado em diferentes contextos do SUS e outras regiões do Brasil. O uso do CFIR como *framework* base e sua adaptação às necessidades locais demonstrou ser uma estratégia tangível e com bons resultados. Estudos futuros podem se beneficiar de uma análise mais desagregada das inovações e da inclusão de outros atores do processo de implementação como público da pesquisa. Além disso, a replicabilidade do *roadmap* desenvolvido pode ser testada em outros estados e contextos de saúde pública, a fim de validar e refinar suas etapas e ações. Desta forma, este estudo aponta caminhos importantes para a continuidade da pesquisa, destacando a importância de uma abordagem integrada e colaborativa para a implementação bem-sucedida de inovações em saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ADJOGNON, Omonyélé L. et al. Factors affecting primary care implementation for older veterans with multimorbidity in Veterans Health Administration (VA). **Health Services Research**, v. 56, p. 1057–1068, 2021.
- AHMED, Sheikh Irfan et al. Adapting the FAST-M maternal sepsis intervention for implementation in Pakistan: a qualitative exploratory study. **BMJ Open**, v. 12, n. 9, 2022.
- AKINYEMI, Oluwaseun Oladapo et al. Assessing community engagement in Nigeria polio eradication initiative: Application of the Consolidated Framework for Implementation Research. **BMJ Open**, v. 11, n. 8, 2021.
- ARIA, M.; CUCCURULLO, C. bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping analysis. **Journal of Informetrics**, v. 11, n. 4, p. 959–975, 1 nov. 2017.
- ASMARA, Anugerah Yuka; RAHAYU, Amy Yayuk Sri. Innovation in delivering public health service: practice in Banyuwangi Regency – Indonesia. **Global Journal of Business and Social Science Review**, v. 8, n. 1, p. 12-21, 2020.
- BARAC, Raluca et al. Implementation of interventions for the control of typhoid fever in low- and middle-income countries. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 99, n. 3, p. 79–88, 2018.
- BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais: Coleção pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. *E-book*.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARWICK, Melanie; DUBROWSKI, Raluca; DAMSCHRODER, Laura. Factors Associated with Effective Implementation: Research and Practical Implications. In: ALBERS, Bianca; SHLONSKY, Aron; MILDON, Robyn (Org.). **Implementation Science 3.0**. Switzerland: Springer, 2020. p. 123–148.
- BAUER, Mark S. et al. An introduction to implementation science for the non-specialist. **BMC Psychology**, v. 3, n. 1, p. 1-12, 2015.
- BRAITHWAITE, Jeffrey; MARKS, Danielle; TAYLOR, Natalie. Harnessing implementation science to improve care quality and patient safety: A systematic review of targeted literature. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. 3, p. 321–329, 2014.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 23 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 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. Brasília, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.htm>. Acesso em: 31 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 31 mai. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 9.245, de 20 de Dezembro de 2017**. Institui a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2017a]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9245.htm>. Acesso em: 24 jun. 2023.

BRASIL. **LEI Nº 12.401, DE 28 DE ABRIL DE 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, [2011]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília, 2008a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ciencia_tecnologia_inovacao_saude.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. Brasília, 2008b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Metodológicas - Avaliação de desempenho de Tecnologias em Saúde**. Brasília, 2017b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/diretrizes_avalicao_desempenho_tecnologias_saude.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2023.

BRENNAN, Laura A. et al. Mental health clinician perspectives regarding factors impacting implementation of evidence-based psychotherapies in Veterans Health Administration community-based outpatient clinics. **General Hospital Psychiatry**, v. 75, p. 54-60, 2022.

COLDITZ, Graham A.; EMMONS, Karen M. The Promise and Challenges of Dissemination and Implementation Research. In: BROWNSON, Ross C.; COLDITZ, Graham A.; PROCTOR, Enola K. (Org.). **Dissemination and implementation research in health: Translating science to practice**. New York: Oxford University Press, 2012. p. 3–22.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **As Escolas Estaduais de Saúde Pública: Contribuições Pedagógicas e Político-Institucionais**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), 2020. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/conass-documenta-35/>>. Acesso em: 26 jun. 2023.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 5. ed. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

DA SILVA, Edna Lucia; MENEZES, Estera Muszkat. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. **UFSC, Florianópolis, 4a. edição**, v. 123, 2005. Disponível em: <https://tccbiblio.paginas.ufsc.br/files/2010/09/024_Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes1.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2023.

DAMSCHRODER, Laura J. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation Science**, v. 4, n. 1, p. 1-15, 2009.

DAMSCHRODER, Laura J. et al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. **Implementation Science**, v. 17, n. 1, p. 1-16, 2022.

DE ARRUDA PEDROSA, Kamyla et al. Necessidade de reconfiguração do financiamento do SUS diante da austeridade: uma revisão narrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e8711527785-e8711527785, 2022.

DONG, Olivia M. et al. Evaluation of the Veterans Affairs Pharmacogenomic Testing for Veterans (PHASER) clinical program at initial test sites. **Pharmacogenomics**, v. 22, n. 17, p. 1121–1133, 2021.

DRAKE, Connor et al. National implementation of a group-based program promoting patient engagement and peer support in the Veterans Health

Administration: a multi-methods evaluation. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 14, p. 8333, 2022.

ECCLES, Martin P.; MITTMAN, Brian S. Welcome to implementation science. **Implementation Science**. 2006.

ELIACIN, Johanne et al. Pre-implementation Evaluation of PARTNER-MH: A Mental Healthcare Disparity Intervention for Minority Veterans in the VHA. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 48, n. 1, p. 46–60, 2021.

ELWY, A. Rani et al. From implementation to sustainment: A large-scale adverse event disclosure support program generated through embedded research in the Veterans Health Administration. In: **Healthcare**. Elsevier, 2021. p. 100496.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Complementar nº 909, de 30 de abril de 2019**. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde. Vitória, ES: Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo, 2019. Disponível em: <https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC9092019.html?identificador=330039003400300036003A004C00>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria ICEPi nº 015-R, de 16 de novembro de 2021**. Institui no âmbito do Instituto Capixaba de Pesquisa e Inovação - ICEPi, o Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde - PGAQ. Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://icepi.es.gov.br/Media/ICEPi/Arquivos-ICEPi/Portarias/2021/Portaria%20ICEPi%20N%C2%BA%20015-R,%20de%2016%20de%20novembro%20de%202021-3.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria ICEPi nº08-R, de 22 de dezembro de 2023**. ALTERA Portaria ICEPi nº 015-R, de 16 de novembro de 2021, para EXTINGUIR o Projeto de Implantação da Autorregulação Formativa Territorial - ARFT e INSTITUIR o Projeto Gestão do Acesso à Saúde: Inovação e Modernização do Acesso focado na Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde (PGAS) no âmbito do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde – PGAQ. Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://ioes.dio.es.gov.br/porta/visualizacoes/pdf/8666#/p:34/e:8666?find=Gest%C3%A3o%20do%20Acesso%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde>>. Acesso em: 22 set. 2024.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi. **Relatório de Gestão 2019-2022**. Vitória, 2022. Disponível em: <<https://icepi.es.gov.br/Media/ICEPi/Arquivos-ICEPi/comunicacao-institucional-ICEPi/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%202019-2022%20Vf.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde - Espírito Santo 2011**. Vitória, 2011. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o_ES_2011.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

EZEANOLUE, Echezona E. et al. Opportunities and challenges to integrating mental health into HIV programs in a low-and middle-income country: insights from the Nigeria implementation science Alliance. **BMC health services research**, v. 20, p. 1-10, 2020.

FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Penso Editora, 2012. *E-book*.

FOX, Amanda; GARDNER, Glenn; OSBORNE, Sonya. A theoretical framework to support research of health service innovation. **Australian Health Review**, v. 39, n. 1, p. 70–75, 2015.

GALAVIZ, Karla I. et al. Factors associated with adherence to guideline-recommended cardiovascular disease prevention among HIV clinicians. **Translational behavioral medicine**, v. 12, n. 1, p. ibab125, 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/webby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2023.

GLASGOW, Russell E.; VOGT, Thomas M.; BOLES, Shawn M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **American journal of public health**, v. 89, n. 9, p. 1322-1327, 1999.

HARVEY, Gillian; KITSON, Alison. Promoting Action on Research Implementation in Health Services: the Integrated-PARIHS framework. In: NILSEN, Per; SARAH A (Org.). **Handbook on Implementation Science**. Edward Elgar Publishing, Cheltenham, UK, p. 114–143, 2020.

INTERIAN, Alejandro et al. Evaluating the implementation of home-based videoconferencing for providing mental health services. **Psychiatric Services**, v. 69, n. 1, p. 69–75, 2018.

KOWALSKI, Christine P.; VEESER, Miranda; HEISLER, Michele. Formative evaluation and adaptation of pre-and early implementation of diabetes shared medical appointments to maximize sustainability and adoption. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 1, p. 1-23, 2018.

LUC, Mireille et al. Implementing a fracture follow-up liaison service: perspective of key stakeholders. **Rheumatology International**, v. 40, n. 4, p. 607–614, 2020.

MACHADO, Maria Helena et al. Transformações no mundo do trabalho em saúde: os (as) trabalhadores (as) e desafios futuros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2773-2784, 2023.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 9. ed. São Paulo, Atlas, 2023. *E-Book*.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 9. ed. São Paulo, Atlas, 2021. *E-Book*.

MARCHETTE, E. L. et al. **Implementação do modelo assistencial baseado em medicina hospitalar nos hospitais da rede própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo**. In: SANTOS, Fabiano Ribeiro dos et al. A pandemia e os territórios capixabas: encontros e inovação na produção de saúde. 2022. p. 71-91. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Livro-A-pandemia-e-os-territorios-capixabas-encontros-e-inovacao-na-producao-de-saude.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2024.

MASSUDA, Adriano et al. **Inovações na Gestão em Saúde e a Resiliência do SUS: a experiência capixaba na resposta à Covid-19**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/05/Livro-Inovacoes-na-Gestao-em-Saude.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MC SWEEN-CADIEUX, E. et al. A health knowledge brokering intervention in a district of Burkina Faso: A qualitative retrospective implementation analysis. **PLoS ONE**, v. 14, n. 7, 1 jul. 2019.

MCCARTHY, Mark; ZEEGERS PAGET, Dineke; BARNHOORN, Floris. National action for European public health research. **European journal of public health**, v. 23, p. 43–46, 2013.

MOULLIN, Joanna C. et al. Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. In: NILSEN, Per; BIRKEN, Sarah A. (Org.). **Handbook on Implementation Science**. Northampton: Edward Elgar Publishing, 2020. p. 32–61.

NILSEN, Per. Making sense of implementation theories, models and frameworks. **Implementation Science**, v. 10, n. 1, 2015.

NILSEN, Per et al. Overview of theories, models and frameworks in implementation science. In: NILSEN, Per; BIRKEN, Sarah A. (Org.). **Handbook on Implementation Science**. Northampton: Edward Elgar Publishing, p. 8–31, 2020.

NORRIS, M.; OPPENHEIM, C. Comparing alternatives to the Web of Science for coverage of the social sciences' literature. **Journal of Informetrics**, v. 1, n. 2, p. 161–169, abr. 2007.

PAGANI, R. N.; KOVALESKI, J. L.; RESENDE, L. M. Methodi Ordinatio: a proposed methodology to select and rank relevant scientific papers encompassing the impact factor, number of citation, and year of publication. **Scientometrics**, v. 105, n. 3, p. 2109–2135, 1 dez. 2015.

RALEFALA, Tlotlo et al. Provider Barriers and Facilitators of Breast Cancer Guideline-Concordant Therapy Delivery in Botswana: A Consolidated Framework for Implementation Research Analysis. **Oncologist**, v. 26, n. 12, p. e2200–e2208, 2021.

ROGERS, Everett M. **Diffusion of innovations**. 3. Ed. ed. London: The Free Press, 1983. Disponível em: <<https://teddykw2.files.wordpress.com/2012/07/everett-m-rogers-diffusion-of-innovations.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2023.

ROGERS, Everett M. **Diffusion of Innovations**. 5th ed. New York: Free Press, 2003.

SAADI, Altaf et al. Barriers and Facilitators to Implementation of Health System Interventions Aiming to Welcome and Protect Immigrant Patients: a Qualitative Study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 36, n. 10, p. 3071–3079, 2021.

SILVA, Elaine Barbosa da; GURGEL, Claudio Roberto Marques. Sem Vínculo Permanente-Condições De Trabalho Dos Contratados Na Administração Pública Dos Estados Brasileiros. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 29, p. e89159, 2024.

TAYLOR, S. L. et al. What Should Health Care Systems Consider When Implementing Complementary and Integrative Health: Lessons from Veterans Health Administration. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 25, n. S1, p. S52–S60, 1 mar. 2019.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2022. *E-book*.

TJILOS, Maria et al. “Community members have more impact on their neighbors than celebrities”: leveraging community partnerships to build COVID-19 vaccine confidence. **BMC Public Health**, v. 23, n. 1, 2023.

VANDEVANTER, Nancy et al. A qualitative assessment of factors influencing implementation and sustainability of evidence-based tobacco use treatment in Vietnam health centers. **Implementation Science**, v. 15, n. 1, 2020.

WESTERLUND, Anna; IVARSSON, Anneli; RICHTER-SUNDBERG, Linda. Evidence-based practice in child and adolescent mental health services – The challenge of implementing national guidelines for treatment of depression and anxiety. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 35, n. 2, p. 476–484, 2021.

WOLKA, Sintayehu et al. Mobile Health and Nutrition Team Service Implementation in Somali and Afar Regions of Ethiopia: A Qualitative Implementation Science Study. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 15, p. 2881–2889, 2022.

WOODWARD, E. N. et al. The health equity implementation framework: Proposal and preliminary study of hepatitis C virus treatment. **Implementation Science**, v. 14, n. 1, 12 mar. 2019.

WU, Tzu-Chi; HO, Chien-Ta Bruce. A narrative review of innovative responses during the COVID-19 pandemic in 2020. **International Journal of Public Health**, v. 67, p. 1604652, 2022.

YE, Pengpeng et al. Perceptions of Facilitators and Barriers to Implementation of Falls Prevention Programs in Primary Health Care Settings in China. **JAMA Network Open**, v. 5, n. 8, p. E2228960, 2022.

YUAN, Shasha et al. Facilitators and barriers to implement the family doctor contracting services in China: Findings from a qualitative study. **BMJ Open**, v. 9, n. 10, 2019.

APÊNDICE A – Modelo do Questionário

Título: Implementação de Inovação no SUS ES

Descrição: Este questionário tem como objetivo coletar informações sobre a implementação das inovações propostas pelo PGAQ nos serviços de saúde. Suas respostas são de extrema importância para a compreensão dos facilitadores e barreiras relacionados a essa implementação, bem como para o desenvolvimento de estratégias que visem aumentar a eficácia desse processo.

O questionário é composto por perguntas que abordam diferentes aspectos da implementação de inovações, como características da inovação, ambiente interno e externo e características e funções da equipe. Pedimos que você responda a todas as questões com sinceridade e baseando-se em suas experiências e percepções enquanto membros do PGAQ-ICEPi.

Seção 1 - Informações demográficas

Estas informações nos ajudarão a compreender melhor o perfil dos participantes da pesquisa. As informações fornecidas serão tratadas com confidencialidade e serão utilizadas apenas para fins estatísticos e análise dos resultados.

1) Gênero

- Masculino
- Feminino
- Outro
- Prefiro não informar

2) Raça/cor:

- Branca
- Preta
- Parda
- Indígena

- Amarela
- Prefiro não informar

2) Idade

3) Escolaridade máxima

- Ensino Médio Completo
- Ensino superior completo
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

4) Tempo de atuação como membro de projeto ICEPi (em meses)

5) Projeto ao qual está vinculado

- NIR - Núcleo Interno de Regulação
- MH – Medicina hospitalista
- EGA - Escritório de Gestão de Altas
- NQSP - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
- Auto regulação Formativa Territorial
-

6) Hospital de atuação:

- CAPAAC - Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos
- CREFES - Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo
- HDAMF - Hospital Dr. Alceu Melgaço Filho
- HDDS - Hospital Dório Silva
- HEAC - Hospital Estadual de Atenção Clínica
- HESVV - Hospital Estadual de Vila Velha
- HINSG - Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória
- HJSN - Hospital João dos Santos Neves
- HMSA - Hospital e Maternidades Silvio Ávidos

- HRAS - Hospital Roberto Arnizaut Silveiras
- HSJC - Hospital São José do Calçado
- UIJM - Unidade Integrada Jerônimo Monteiro
- Outro

7) Função de atuação enquanto membro de projeto

- Coordenador
- Supervisor
- Membro de projeto

Seção 2 - FACILITADORES na implementação de inovações

Esta parte da pesquisa tem como intuito mapear os facilitadores à implementação de inovações*, com base na sua percepção pessoal e experiência enquanto membro do PGAQ.

*inovação: as novas práticas, processos, ferramentas e tecnologias que foram/são introduzidas no serviço a partir do PGAQ (huddle, kanban, indicadores, mapeamento de processos, ferramenta de qualidade, etc.).

1) Selecione as características das inovações propostas pelo PGAQ (huddle, kanban, indicadores, mapeamento de processos, ferramenta de qualidade, etc.) que FACILITAM a sua implementação no serviço:

- Fonte: a reputação e confiabilidade da organização ou grupo que desenvolveu a inovação
- Base de evidências de inovação
- Vantagem da inovação em relação a outras opções disponíveis ou práticas atuais
- Adaptabilidade da inovação às necessidades locais
- Possibilidade de testar a inovação em pequena escala
- Complexidade da inovação
- Desenho e organização da inovação
- Custos da inovação

- Complexidade da Inovação (O grau de complexidade da inovação em termos de escopo e número de etapas)
- Projeto de Inovação (A qualidade percebida no design, apresentação e estrutura da inovação)
- Custo da Inovação (A aquisição da inovação e os custos operacionais são acessíveis.)

2) Selecione os fatores externos à instituição que FACILITAM a implementação das inovações propostas pelo PGAQ:

- Eventos de grande escala e/ou imprevistos
- Valores socioculturais e crenças encorajam da comunidade
- Condições econômicas
- Condições ambientais
- Condições políticas
- Condições tecnológicas
- Se parcerias e conexões com entidades externas (incluindo redes de referência, afiliações acadêmicas e redes de organizações profissionais)
- Leis, regulamentos, diretrizes e recomendações de grupos profissionais ou padrões de credenciamento
- Financiamento de entidades externas, como doações e reembolsos
- Pressões sociais ou de mercado

3) Selecione os fatores internos à instituição que FACILITAM a implementação das inovações propostas pelo PGAQ:

- Infraestrutura física
- Infraestrutura de tecnologia da informação
- Infraestrutura do trabalho
- Relacionamentos, redes e equipes formais e informais
- Práticas de compartilhamento de informações, formais e informais
- Valores, crenças e normas compartilhados na cultura organizacional
- Existência de tensão por mudança
- Compatibilidade com os fluxos de trabalho, sistemas e processos existentes
- Grau de prioridade para implementação da inovação

- Sistema de incentivos, recompensas ou desincentivos e punições
- Alinhamento com o compromisso, propósito ou metas da organização
- Recursos disponíveis (financiamento, espaço, materiais e equipamentos)
- Acesso ao Conhecimento e Informação

4) Selecione os indivíduos que FACILITAM a implementação das inovações propostas pelo PGAQ:

- Líderes de Alto Nível: Indivíduos com alto nível de autoridade, incluindo os principais tomadores de decisão, líderes executivos ou diretores.
- Líderes de Nível Médio: Indivíduos com nível moderado de autoridade, incluindo líderes supervisionados por um líder de alto nível e que supervisionam outros.
- Líderes de Opinião: Indivíduos com influência informal nas atitudes e comportamentos dos outros.
- Facilitadores de Implementação: Indivíduos com experiência no assunto que auxiliam, treinam ou apoiam a implementação.
- Líderes e Equipe de Implementação: Indivíduos que lideram e executam os esforços para implementar a inovação.

5) Selecione as características dos indivíduos que FACILITAM a implementação das inovações propostas pelo PGAQ:

- Necessidades relacionadas à sobrevivência, bem-estar ou realização pessoal
- Habilidades interpessoais, conhecimento e competências
- Disponibilidade, escopo e poder
- Motivação e comprometimento

Seção 3 - BARREIRAS na implementação de inovações

Esta parte da pesquisa tem como intuito mapear **as barreiras** à implementação de inovações*, com base na sua percepção pessoal e experiência enquanto membro do PGAQ.

**inovação: as novas práticas, processos, ferramentas e tecnologias que foram/são introduzidas no serviço a partir do PGAQ (huddle, kanban, indicadores, mapeamento de processos, ferramenta de qualidade, etc.).*

1) Selecione as características das inovações propostas pelo PGAQ (*huddle, kanban, indicadores, mapeamento de processos, ferramenta de qualidade, etc.*) que DIFICULTAM a sua implementação no serviço:

- Fonte: a reputação e confiabilidade da organização ou grupo que desenvolveu a inovação
- Base de evidências de inovação
- Vantagem da inovação em relação a outras opções disponíveis ou práticas atuais
- Adaptabilidade da inovação às necessidades locais
- Possibilidade de testar a inovação em pequena escala
- Complexidade da inovação
- Desenho e organização da inovação
- Custos da inovação

2) Selecione os fatores externos à instituição que DIFICULTAM a implementação das inovações propostas pelo PGAQ:

- Eventos de grande escala e/ou imprevistos
- Valores socioculturais e crenças encorajam da comunidade
- Condições econômicas
- Condições ambientais
- Condições políticas
- Condições tecnológicas
- Se parcerias e conexões com entidades externas (incluindo redes de referência, afiliações acadêmicas e redes de organizações profissionais)
- Leis, regulamentos, diretrizes e recomendações de grupos profissionais ou padrões de credenciamento
- Financiamento de entidades externas, como doações e reembolsos
- Pressões sociais ou de mercado

3) Selecione os fatores internos à instituição que DIFICULTAM a implementação das inovações propostas pelo PGAQ:

- Infraestrutura física
- Infraestrutura de tecnologia da informação
- Infraestrutura do
- Relacionamentos, redes e equipes formais e informais dentro e fora dos limites da
- Práticas de compartilhamento de informações, formais e informais
- Valores, crenças e normas compartilhados na cultura organizacional
- Existência de tensão por mudança
- Compatibilidade com os fluxos de trabalho, sistemas e processos existentes
- Grau de prioridade para implementação
- Sistema de incentivos, recompensas ou desincentivos e punições
- Alinhamento com o compromisso, propósito ou metas da organização
- Recursos disponíveis (financiamento, espaço, materiais e equipamentos)
- Acesso ao Conhecimento e Informação

4) Selecione os indivíduos que DIFICULTAM a implementação das inovações propostas pelo PGAQ:

- Líderes de Alto Nível: Indivíduos com alto nível de autoridade, incluindo os principais tomadores de decisão, líderes executivos ou diretores.
- Líderes de Nível Médio: Indivíduos com nível moderado de autoridade, incluindo líderes supervisionados por um líder de alto nível e que supervisionam outros.
- Líderes de Opinião: Indivíduos com influência informal nas atitudes e comportamentos dos outros.
- Facilitadores de Implementação: Indivíduos com experiência no assunto que auxiliam, treinam ou apoiam a implementação.
- Líderes e Equipe de Implementação: Indivíduos que lideram e executam os esforços para implementar a inovação.

5) Selecione as características dos indivíduos que FACILITAM a implementação das inovações propostas pelo PGAQ:

- Necessidades relacionadas à sobrevivência, bem-estar ou realização pessoal
- Habilidades interpessoais, conhecimento e competências
- Disponibilidade, escopo e poder
- Motivação e comprometimento

Apêndice B – Roteiro do Grupo Focal

Introdução

Saudações e agradecimentos pela participação no grupo focal.

Explicação breve sobre o objetivo do grupo focal e sua importância para a pesquisa.

Comunicação de que a discussão será gravada para facilitar o registro e transcrição.

Esclarecimento de que todas as informações serão mantidas confidenciais e usadas apenas para fins acadêmicos.

Solicitação para assinatura do TCLE.

Perguntas norteadoras

1) Experiências com a implementação de inovações:

Por favor, compartilhe suas experiências passadas com a implementação de inovações na saúde pública.

Quais foram os principais desafios enfrentados durante esse processo?

Quais foram os facilitadores que contribuíram para uma implementação bem-sucedida?

2) Domínio de características da inovação:

Como você descreveria as características das inovações com as quais você trabalhou?

Quais atributos ou propriedades dessas inovações influenciaram sua adoção e uso?

Quais foram os aspectos positivos e negativos das características das inovações em relação à sua implementação?

3) Domínio do contexto externo:

Como o ambiente externo (fora da instituição) afetou a adoção e implementação das inovações?

Houve eventos externos que impactaram negativamente a implementação ou entrega das inovações?

Existem políticas, leis ou parcerias externas que apoiaram ou dificultaram a implementação das inovações?

4) Domínio do ambiente interno:

Como o ambiente interno da instituição influenciou a adoção e implementação das inovações?

Quais foram as características estruturais, conexões relacionais e comunicações relevantes nesse processo?

Como a cultura organizacional e a tensão por mudança afetaram a implementação das inovações?

5) Domínio de indivíduos - Características:

Quais características dos indivíduos envolvidos na implementação das inovações foram relevantes?

Como as necessidades, capacidades, oportunidades e motivações individuais influenciaram o processo de implementação?

6) Considerações finais:

Existe alguma outra informação ou perspectiva que você gostaria de compartilhar sobre a implementação de inovações na saúde pública?

Quais são as principais lições aprendidas com suas experiências anteriores?

Encerramento

Agradecimentos finais pela participação e contribuição.

Oferecer a oportunidade de fazer perguntas ou fornecer comentários adicionais.

Informar sobre a confidencialidade das informações compartilhadas e sobre o uso acadêmico dos resultados.

Apêndice C – Documento de solicitação de autorização para realizar a pesquisa e citar o nome da instituição



**TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA INTERNA NO
ÂMBITO DA SESA**

Ao (À) **ICEPI**,

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Proposta para Implementação de Inovações para o Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo", sob responsabilidade da pesquisadora Nayara Ribeiro de Oliveira tendo como objetivo propor estratégias para aumentar a eficácia na implementação de inovações na saúde pública capixaba, que será realizada no ICEPI.

Afirmamos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), zelando pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para os fins científicos.

Estamos cientes que o início da pesquisa fica condicionado à apresentação do Parecer Consubstanciado com Aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado ao Sistema CEP/CONEP e portar a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI).

Ao final da pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e encaminhar (mídia eletrônica) *os resultados parciais e/ou finais gerados pela pesquisa e contribuir para a incorporação dos mesmos nos serviços de saúde.*

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Nayara Ribeiro de Oliveira

Isabela Alline Oliveira – Gerente de Inovação



ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA (SETOR DA SESA)

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

(X)

FAVORÁVEL

NÃO FAVORÁVEL

Considerações:

Isabela Alline Oliveira – Gerente de Inovação

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA/ ICEPI

Considerações:

Coordenador(a) de Pesquisa ICEPI

ASSINATURAS (3)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA
BOLSISTA - INOVAÇÃO E CAPTAÇÃO DE RECURSOS NA SAÚDE
ICEPI - SESA - GOVES
assinado em 28/09/2023 13:46:20 -03:00

ISABELA ALLINE OLIVEIRA
GERENTE QCE-03
79035500017 - SESA - GOVES
assinado em 24/10/2023 12:11:40 -03:00

BRÍGIDA DIAS FERNANDES
COORDENADORA DE PESQUISA - BOLSISTA
ICEPI - SESA - GOVES
assinado em 23/10/2023 09:18:49 -03:00

**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 24/10/2023 12:11:40 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA (BOLSISTA - INOVAÇÃO E CAPTAÇÃO DE RECURSOS NA SAÚDE - ICEPI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-WZNLZH>

Apêndice D – Parecer consubstanciado CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Proposta para Implementação de Inovações para o Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo

Pesquisador: Bruno Henrique Fiorin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74567023.8.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde (CCS)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.530.671

Apresentação do Projeto:

Nova submissão da proposta, atendendo a solicitação do relator, de envio do termo de anuência da instituição participante.

Objetivo da Pesquisa:

O mesmo da proposta inicial

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O termo de anuência foi apresentado. Não há outras pendências éticas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folho de rosto apresentada

Projeto principal apresentado;

TCLEs apresentados;

Cronograma apresentado;

Termo de anuência do ICEP apresentado;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 6.530.671

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2217187.pdf | 24/10/2023 13:36:35 | | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | TermoAnuencia.pdf | 24/10/2023 13:35:45 | NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_dissertacao_Nayara_VF.pdf | 26/09/2023 18:19:54 | NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_GrupoFocal.pdf | 26/09/2023 18:16:45 | NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Questionario.pdf | 26/09/2023 18:16:32 | NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto_Nayara_Oliveira.pdf | 26/09/2023 18:11:46 | NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 24 de Novembro de 2023

Assinado por:

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

Apêndice E – Modelo do TCLE - Questionário

O(A) Sr.(a) **NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE DE PESQUISA** foi convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Proposta para implementação de inovações para o Sistema Único de Saúde no estado do Espírito Santo”, sob a responsabilidade de Nayara Ribeiro de Oliveira.

JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa visa contribuir com a incorporação de tecnologias e inovações no SUS ao se aprofundar sobre o seu processo de implementação. Ao compreender os desafios da implementação de inovações, será possível propor soluções e estratégias mais efetivas para superar as barreiras existentes. Espera-se então um acesso mais ágil e eficiente a tecnologias e práticas inovadoras, proporcionando benefícios diretos aos usuários do sistema de saúde.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

O objetivo geral consiste em propor estratégias para aumentar a eficácia na implementação de inovações na saúde pública capixaba. Os objetivos específicos traçados consistem em identificar os principais facilitadores e barreiras na implementação de inovações na saúde pública capixaba e desenvolver um framework com recomendações para orientar futuras implementações de inovação no SUS capixaba.

PROCEDIMENTOS

Os dados serão obtidos por meio de um questionário *online* baseado em uma estrutura já consolidada em estudos de implementação, o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR). O questionário será respondido *online*, e o *link* será enviado por e-mail para os participantes. O questionário abordará domínios principais da implementação de inovações: características da inovação, contexto externo, ambientes internos e características dos indivíduos. Inicialmente os participantes serão solicitados a identificar, em relação a cada domínio, os três principais facilitadores e as três principais barreiras que influenciam a implementação de inovações no contexto específico de sua atuação. Posteriormente os respondentes deverão avaliar o grau de importância de cada um dos itens para a implementação de inovações no seu contexto de trabalho, utilizando-se da escala Likert de 3 pontos, variando de 1 ("sem importância") a 3 ("muito importante").

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa será realizada de forma *online*, podendo ser respondida por meio de um aparelho *smartphone*, computador ou *tablet*, que tenha acesso à internet. O tempo estimado para completar o questionário é de no máximo 10 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS

Existe a possibilidade de desconforto emocional ou psicológico causados por alguns questionamentos ou temas abordados no questionário. No entanto, a coleta de dados será realizada de forma respeitosa e sigilosa, garantindo que as informações fornecidas não sejam identificáveis e não sejam utilizadas de forma inadequada. O(A) Sr.(a) terá total liberdade para recusar ou interromper sua participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo ou penalidade.

BENEFÍCIOS

O(A) Sr.(a) poderá se beneficiar com esta pesquisa ao refletir sobre a implementação de inovações no seu contexto de atuação e, possivelmente, identificar soluções que possam contribuir para a melhoria da assistência prestada à população. Em relação aos benefícios indiretos, destaca-se o potencial de contribuir para aprimoramentos futuros no sistema de saúde pública, podendo influenciar políticas, estratégias e diretrizes que promovam uma melhor eficiência e qualidade dos serviços oferecidos.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

O(A) Sr.(a) contará com acompanhamento e assistência integral por parte da equipe responsável, que estará disponível para fornecer informações e orientações que se fizerem necessárias. O(A) Sr.(a) terá o direito de receber assistência imediata e gratuita em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Após o encerramento ou interrupção da pesquisa, o(a) Sr.(a) poderão receber acompanhamento adicional, se assim desejar, para esclarecimento de dúvidas, discussão dos resultados e possíveis implicações da pesquisa.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

O(A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

Esta etapa da pesquisa não acarretará em nenhuma despesa para os participantes da pesquisa.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

Em caso de eventuais danos que possam ser atribuídos à pesquisa, o(a) Sr.(a) terá direito à devida indenização, conforme previsto pelo item IV.4.c da Resolução CNS 466/12.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar a pesquisadora NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA nos telefones (37)9 98662968, ou pelo e-mail nayaraoliveira60@yahoo.com. O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

LOCAL, DATA

(Participante da pesquisa/Responsável legal)

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Proposta para implementação de inovações para o Sistema Único de Saúde no estado do Espírito Santo”, eu, NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA, declaro ter cumprido as exigências do item IV.3, da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

Apêndice F – Modelo do TCLE – Grupo Focal

O(A) Sr.(a) **NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE DE PESQUISA** foi convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Proposta para implementação de inovações para o Sistema Único de Saúde no estado do Espírito Santo”, sob a responsabilidade de Nayara Ribeiro de Oliveira.

JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa visa contribuir com a incorporação de tecnologias e inovações no SUS ao se aprofundar sobre o seu processo de implementação. Ao compreender os desafios da implementação de inovações, será possível propor soluções e estratégias mais efetivas para superar as barreiras existentes. Espera-se então um acesso mais ágil e eficiente a tecnologias e práticas inovadoras, proporcionando benefícios diretos aos usuários do sistema de saúde.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

O objetivo geral consiste em propor estratégias para aumentar a eficácia na implementação de inovações na saúde pública capixaba. Os objetivos específicos traçados consistem em identificar os principais facilitadores e barreiras na implementação de inovações na saúde pública capixaba e desenvolver um framework com recomendações para orientar futuras implementações de inovação no SUS capixaba.

PROCEDIMENTOS

Os dados serão obtidos por meio de grupo focal, formado por no máximo oito pessoas. O grupo focal será moderado, e as perguntas norteadoras serão baseadas em uma estrutura consolidada para pesquisas de implementação, o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR). Os participantes serão induzidos a refletir e compartilhar suas experiências, percepções e opiniões sobre cada domínio relacionado à implementação de inovações, assim como as estratégias que normalmente são utilizadas para superar os obstáculos.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

Esta etapa da pesquisa será realizada na sede do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), em uma sala de reuniões especialmente designada para esse propósito. O Grupo focal terá duração máxima de 90 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS

Existe a possibilidade de desconforto emocional ou psicológico causados por alguns questionamentos ou temas abordados no grupo focal. No entanto, a coleta de dados será realizada de forma respeitosa e sigilosa, garantindo que as informações fornecidas não sejam identificáveis e não sejam utilizadas de forma inadequada. O(A)

Sr.(a) terá total liberdade para recusar ou interromper sua participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo ou penalidade.

BENEFÍCIOS

O(A) Sr.(a) poderá se beneficiar com esta pesquisa ao refletir sobre a implementação de inovações no seu contexto de atuação e, possivelmente, identificar soluções que possam contribuir para a melhoria da assistência prestada à população. Em relação aos benefícios indiretos, destaca-se o potencial de contribuir para aprimoramentos futuros no sistema de saúde pública, podendo influenciar políticas, estratégias e diretrizes que promovam uma melhor eficiência e qualidade dos serviços oferecidos.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

O(A) Sr.(a) contará com acompanhamento e assistência integral por parte da equipe responsável, que estará disponível para fornecer informações e orientações que se fizerem necessárias. O(A) Sr.(a) terá o direito de receber assistência imediata e gratuita em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Após o encerramento ou interrupção da pesquisa, o(a) Sr.(a) poderão receber acompanhamento adicional, se assim desejar, para esclarecimento de dúvidas, discussão dos resultados e possíveis implicações da pesquisa.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

O(A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

O grupo focal será realizado nas instalações do Instituto, não havendo necessidade de deslocamento e garantindo que os participantes não incorram em despesas adicionais. No entanto, caso existam, todas as eventuais despesas de locomoção e alimentação serão cuidadosamente reembolsadas.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

Em caso de eventuais danos que possam ser atribuídos à pesquisa, o(a) Sr.(a) terá direito à devida indenização, conforme previsto pelo item IV.4.c da Resolução CNS 466/12.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar a pesquisadora NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA nos telefones (37)9 98662968, ou pelo e-mail nayaraoliveira60@yahoo.com. O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

LOCAL, DATA

(Participante da pesquisa/Responsável legal)

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Proposta para implementação de inovações para o Sistema Único de Saúde no estado do Espírito Santo”, eu, NAYARA RIBEIRO DE OLIVEIRA, declaro ter cumprido as exigências do item IV.3, da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

Apêndice G – Manual de Implementação de Inovações no SUS-ES

Manual de Implementação de Inovações no SUS-ES

1

Avalie o Ambiente Interno

- Avaliar a força das redes e equipes formais e informais dentro da organização.
 - Realize entrevistas e grupos focais com líderes e membros de equipes.
 - Mapeie as conexões e relações entre diferentes departamentos e unidades.
- Analisar as práticas de compartilhamento de informações, tanto formais quanto informais.
 - Revise as políticas de comunicação interna e os canais utilizados (e-mails, intranet, reuniões).
 - Observe a frequência e a qualidade das reuniões interdepartamentais e de equipe.
- Verificar a compatibilidade dos fluxos de trabalho, sistemas e processos existentes.
 - Documente os principais fluxos de trabalho e processos críticos.
 - Identifique possíveis pontos de conflito ou ineficiência que a inovação poderia impactar.
- Avaliar o acesso ao conhecimento e informações necessários.
 - Verifique a disponibilidade de bases de dados, manuais, e ferramentas de pesquisa.
 - Avalie a facilidade de acesso às informações relevantes pelos funcionários.
- Avaliar a infraestrutura física e de tecnologia da informação disponível.
 - Realize uma auditoria das instalações físicas e equipamentos disponíveis.
 - Verifique a capacidade e atualizações necessárias dos sistemas de TI.
- Determinar os recursos financeiros e humanos disponíveis.
 - Analise o orçamento atual e possíveis fontes de financiamento adicional.
 - Avalie a disponibilidade e a carga de trabalho atual dos funcionários.
- Examinar os valores, crenças e normas compartilhados na cultura organizacional.
 - Realize pesquisas de clima organizacional e cultura.
 - Conduza entrevistas para entender a percepção dos funcionários sobre mudanças e inovações.
- Diagnosticar a força de trabalho no que se refere a competências e habilidades necessárias para a inovação.
 - Realize entrevistas e grupos focais com líderes e membros de equipes.
 - Identifique lacunas de competências que precisam ser abordadas com treinamentos.

Manual de Implementação de Inovações no SUS-ES

2 Avalie o Ambiente Exteno

- Identificar parcerias e conexões com entidades externas:
 - Liste todas as parcerias atuais e possíveis novos parceiros.
 - Avalie a força e potencial de cada parceria.
- Revisar leis, regulamentos, diretrizes e recomendações profissionais relevantes:
 - Mantenha-se atualizado com mudanças na legislação e diretrizes que impactam a área de saúde.
 - Consulte especialistas jurídicos e regulamentares.
- Analisar as condições políticas, econômicas e sociais que possam impactar a inovação:
 - Realize uma análise PEST (Política, Econômica, Social e Tecnológica).
 - Analise como eventos críticos anteriores afetaram a organização.
 - Identifique fatores críticos que podem influenciar a implementação.
- Analisar as pressões sociais e condições tecnológicas que possam afetar a implementação:
 - Avalie as tendências tecnológicas e a aceitação social de inovações similares.
 - Realize pesquisas e entrevistas com stakeholders externos.

3 Avalie e Planeje a Inovação

- Coletar e revisar evidências que suportem a eficácia da inovação.
 - Compile dados e resultados de estudos anteriores que suportem a inovação.
- Comparar a inovação com outras práticas existentes na instituição e identificar suas vantagens claras.
 - Realize análises comparativas e revisões de literatura.
 - Realize análises de custo-benefício e busque fontes de financiamento para minimizar o impacto financeiro, caso necessário.
- Adaptar a inovação para reduzir sua complexidade com base nos recursos e capacidades identificadas, garantindo que ela atenda às necessidades locais.
 - Realize workshops com usuários finais para adaptar a inovação às necessidades e capacidades locais.
 - Desenvolva versões simplificadas, customizadas e incrementais da inovação.
- Implementar testes em pequena escala para obter feedback e realizar ajustes necessários.
 - Planeje e execute pilotos da inovação em áreas controladas.

Manual de Implementação de Inovações no SUS-ES

4 Engaje as partes interessadas

- **Envolver os Líderes de Alto Nível:**
 - Identifique os principais líderes de alto nível (diretores, subsecretários, superintendentes, etc.) e envolva-os desde o início.
 - Organize reuniões iniciais para apresentar a inovação e discutir seu impacto estratégico.
 - Clarifique o papel dos líderes de alto nível como patrocinadores da inovação.
 - Solicite comprometimento explícito e público de apoio à inovação.
 - Estabeleça canais diretos de comunicação com os líderes de alto nível para atualizações regulares.
 - Realize reuniões trimestrais para revisar o progresso e discutir ajustes necessários.
- **Envolver os líderes de Nível Médio:**
 - Mapeie os gerentes e supervisores que serão diretamente impactados pela inovação.
 - Realize workshops para discutir como a inovação afetará suas áreas e obter feedback.
 - Ofereça treinamento específico para líderes de nível médio sobre a implementação da inovação.
 - Forneça recursos e ferramentas para facilitar a transição e apoiar suas equipes.
- **Identificar e engajar os líderes de opinião:**
 - Identifique influenciadores informais dentro da organização que têm a confiança de seus colegas.
 - Realize sessões de feedback e engajamento para entender suas percepções e preocupações.
 - Capacite os líderes de opinião com informações detalhadas sobre a inovação e seu impacto.
 - Incentive-os a se tornarem defensores da inovação, compartilhando suas experiências e incentivando seus pares.
 - Estabeleça canais de comunicação específicos para manter os líderes de opinião informados e engajados.
- **Capacitar os distribuidores da inovação:**
 - Identifique os responsáveis pela distribuição e operacionalização da inovação.
 - Planeje a logística e os processos necessários para a distribuição eficaz.
 - Treine os distribuidores da inovação sobre os aspectos técnicos e logísticos.
 - Acompanhe a distribuição e implemente melhorias contínuas.
- **Identificar e engajar as partes interessadas externas:**
 - Crie um mapa detalhado de partes interessadas externas, incluindo parceiros estratégicos, reguladores e fornecedores, e identificando suas influências e interesses.
 - Desenvolva um plano de comunicação com cronogramas e responsabilidades, com canais de comunicação claros e eficazes.
 - Organize sessões de engajamento regulares e documente os feedbacks.
 - Planeje e execute programas de treinamento específicos para diferentes grupos de stakeholders externos.

Manual de Implementação de Inovações no SUS-ES

5

Prepare e Capacite as Equipes

- Promover o desenvolvimento de habilidades interpessoais, conhecimento e competências da equipe de implementação.
 - Realize uma avaliação detalhada das competências e habilidades atuais da equipe de implementação.
 - Identifique lacunas de competências que precisam ser abordadas através de treinamento.
 - Proporcione treinamentos intensivos focados nas competências necessárias para a implementação, como gestão de projetos, metodologias de inovação, e técnicas de resolução de problemas.
 - Ofereça workshops práticos e sessões de simulação para reforçar as habilidades aprendidas.
 - Estabeleça um programa de desenvolvimento profissional contínuo para a equipe de implementação.
 - Incentive a participação em conferências, cursos online e outras oportunidades de aprendizado contínuo.
- Fomentar a motivação e o comprometimento da equipe de implementação.
 - Crie um sistema de reconhecimento público para celebrar as conquistas e o esforço da equipe.
 - Utilize boletins internos, murais, newsletters e eventos da instituição para destacar o trabalho bem-feito. Designar líderes, facilitadores de implementação e distribuidores da inovação.
 - Ofereça oportunidades para a equipe de implementação liderar projetos, participar de comitês importantes ou representar a instituição em eventos externos.
- Fomentar um ambiente de trabalho positivo e colaborativo.
 - Promova um ambiente de trabalho colaborativo e positivo, incentivando a comunicação aberta e o apoio mútuo.
 - Organize reuniões regulares de feedback e troca de ideias para promover a sensação de pertencimento e valor.
 - Organize atividades de team building para fortalecer a coesão e colaboração dentro da equipe de implementação.
 - Estabeleça um sistema de suporte contínuo com canais de comunicação abertos para resolver dúvidas e problemas rapidamente.
 - Proporcione acesso a consultores e especialistas durante a implementação para suporte técnico e estratégico.
- Designar papéis e responsabilidades da equipe de implementação.
 - Defina claramente os papéis e responsabilidades de cada membro da equipe de implementação.
 - Comunique essas definições de forma transparente e formal através de documentos e reuniões.
 - Realize reuniões para alinhar as expectativas da equipe sobre os objetivos e resultados esperados.
 - Estabeleça metas específicas e mensuráveis para cada membro da equipe.

Manual de Implementação de Inovações no SUS-ES

5 Prepare e Capacite as Equipes

- Promover o desenvolvimento de habilidades interpessoais, conhecimento e competências das outras equipes que estão envolvidas na implementação.
 - Líderes de Alto Nível: Organize workshops e treinamentos sobre a visão estratégica e impacto da inovação.
 - Líderes de Nível Médio: Realize treinamentos focados em gestão de mudanças e supervisão de equipes durante a implementação.
 - Líderes de Nível Médio: Realize treinamentos focados em gestão de mudanças e supervisão de equipes durante a implementação.
 - Líderes de Opinião: Realize sessões de treinamento sobre os detalhes da inovação e seu impacto, permitindo que compartilhem informações precisas com seus pares.
 - Facilitadores de Implementação: Realize treinamentos intensivos sobre métodos de implementação, resolução de problemas e gestão de projetos.
 - Distribuidores da Inovação: Proporcione treinamentos técnicos detalhados sobre os aspectos logísticos e operacionais da inovação. Treine sobre gestão de recursos e processos para garantir uma distribuição eficiente e eficaz.

6 Implemente e faça ajustes contínuos

- Desenvolver um plano detalhado de implementação com base nas avaliações e planejamento anteriores.
 - Crie um cronograma detalhado com metas e marcos.
- Envolver todas as partes interessadas relevantes no processo de implementação.
 - Mantenha comunicação constante e transparente com as partes interessadas.
- Fornecer treinamento contínuo e suporte durante a implementação.
 - Organize sessões de reciclagem e suporte técnico contínuo.
- Manter canais de comunicação claros e eficazes.
 - Utilize múltiplos canais de comunicação para alcançar todos os níveis da organização.
- Monitorar o progresso e avaliar os resultados continuamente.
 - Desenvolva indicadores de desempenho e monitoramento regular.
- Coletar feedback e realizar ajustes conforme necessário.
 - Implemente ciclos de feedback e adaptação contínua.

7 Sustente e Expanda a inovação

- Expandir a implementação de forma gradual e controlada com base nos resultados obtidos.
 - Desenvolva um plano de expansão com fases claras e metas mensuráveis.
- Assegurar suporte contínuo de liderança e recursos necessários para a inovação.
 - Mantenha o apoio da alta administração e aloque recursos conforme necessário.
- Promover uma cultura organizacional que apoie a inovação e a melhoria contínua.
 - Realize campanhas de conscientização e programas de cultura organizacional.
- Continuar avaliando a eficácia da inovação e realizar melhorias contínuas.
 - Estabeleça um sistema de avaliação contínua e relatórios regulares.