

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
NÍVEL MESTRADO

**INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: UMA ANÁLISE MULTICASOS DE HOSPITAIS  
GAÚCHOS**

Ricardo Machado Leo

Rio Grande

2017

Ricardo Machado Leo

**INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: UMA ANÁLISE MULTICASOS DE HOSPITAIS  
GAÚCHOS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Federal do Rio Grande.

**Área de Concentração:** Gestão Organizacional

**Linha de Pesquisa:** Tecnologias Gerenciais

**Orientador:** Prof. Doutor Jorge Tello-Gamarra

Rio Grande

2017

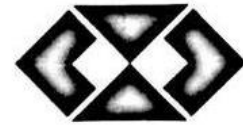
### Ficha catalográfica

L576i Leo, Ricardo Machado.  
Inovação em serviços: uma análise multicasos de hospitais  
gaúchos / Ricardo Machado Leo. – 2017.  
147 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –  
FURG, Programa de Pós-graduação em Administração, Rio  
Grande/RS, 2017.  
Orientador: Dr. Jorge Estuardo Tello Gamarra.

1. Inovação em serviços 2. Drivers 3. Casos múltiplos  
4. Hospitais I. Tello Gamarra, Jorge Estuardo II. Título.

CDU 65:614.2



**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº05/17**

No 20º dia do mês de abril de dois mil e dezessete, às 13 horas, realizou-se a defesa de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Administração, nível mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, no Campus Santo Antônio da Patrulha, cuja Banca foi constituída pelos professores: Jorge Estuardo Tello Gamarra (PPGA/FURG), André Andrade Longaray (PPGA/FURG) e Janaina Ruffoni (PPGE/Unisinos), para arguir do mestrando **Ricardo Machado Léo**. Após a apresentação da dissertação intitulada "*Inovação em serviços: uma análise multi-casos de hospitais gaúchos*" e a arguição dos avaliadores seguida de defesa, a Banca reuniu-se e considerou o trabalho foi aprovado sem restrições, emitindo o parecer a seguir:

---

---

---

---

---

Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente Ata que após lida e aprovada será assinada pelos membros componentes da Banca.

**Dr. Jorge Estuardo Tello Gamarra**  
(Orientador(a) - PPGA/FURG)

**Dr. André Andrade Longaray**  
(PPGA/FURG)

**Dr. Janaina Ruffoni**  
(PPGE/Unisinos)

## AGRADECIMENTOS

Sei que somos, em grande parte, resultado das pessoas que passaram pela nossa vida. Ciente disso, gostaria de agradecer, de forma específica, a cada um que faz, ou fez, parte da minha jornada até aqui. Entretanto, como a realização desse desejo seria injusta, pois, provavelmente, poderia esquecer alguém, além de, possivelmente, ocupar milhares de páginas deste trabalho, tentarei de forma resumida expressar um pouco dessa gratidão por todas essas pessoas.

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, por me proporcionar saúde, força e a consciência de que é necessário, sempre, a busca da evolução e da superação. Não precisamos buscar ser os melhores, mas sim evoluirmos, isto é, entrar em uma condição melhor do que a condição anterior.

Agradeço a meus pais, Ricardo e Liane, pela minha formação pessoal e por todo apoio, seja ele financeiro ou emocional, que eles disponibilizaram incondicionalmente, não só para a realização do mestrado, mas durante toda a minha vida. Isso foi crucial para o meu desenvolvimento e, por isso, serei eternamente grato.

À minha namorada, Franciane, pelos incondicionais apoio e incentivo, pela paciência e compreensão ao longo dessa jornada. Além disso, por aguentar meus momentos de sobrecarga e ausência. Foste mais que fundamental, foste essencial. A parceira ideal. Obrigado.

Aos meus amigos, agradeço por toda a parceria, mesmo a distância, que dedicam a mim. Sou extremamente grato pela amizade de vocês. Além disso, ao mesmo tempo em que agradeço, peço desculpa por toda a minha ausência e falta de dedicação para com a nossa amizade. Esse período não foi fácil. Espero compensar algum dia.

Agradeço ao meu orientador e amigo, Prof. Dr. Jorge Tello-Gamarra, profissional exemplar, que acreditou no meu trabalho e não mediu esforços, dedicando grande parte do seu tempo para orientar-me e passar seus valorosos ensinamentos. O resultado deste trabalho, em grande parte, é seu. Obrigado pelo apoio e pela compreensão.

Aos meus colegas, muito obrigado pelas trocas de conhecimento. Ninguém constrói conhecimento sozinho e os vislumbres passados por vocês durante nossas discussões em aula foram fundamentais para despertar conhecimentos que sozinho eu não conseguiria aflorar.

Além disso, gostaria de agradecer, em especial, aos meus colegas e amigos Alexandre e Jonatas, que foram pessoas com quem tive o prazer de conviver de maneira mais próxima nessa árdua jornada.

Aos hospitais com os quais tive a oportunidade de trabalhar durante esse período, agradeço a disponibilidade para a realização desse estudo, em virtude de que maioria não viabiliza pesquisas dessa natureza. Essa viabilização me proporcionou a compreensão do funcionamento da estrutura hospitalar. Obrigado.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão desta obra: muito obrigado! Tem um pouco de cada um de vocês nas páginas que se seguirão ao longo deste trabalho.

## RESUMO

A inovação é uma característica inerente ao ser humano. Esse fenômeno levou a humanidade a inventar a roda para movimentar a produção, a rede elétrica para alimentar as máquinas, dentre outras diversas ferramentas que surgiram para facilitar a vida humana. Entretanto, se anteriormente as inovações se materializavam em produtos físicos, hoje essa concepção já não é absoluta. A economia está passando por um período de transição, no qual a orientação não está mais em produtos e sim voltada para soluções, criando valor, ou experiências, para um ator usuário-consumidor. Com isso, a inovação, que anteriormente foi formulada sob a égide da indústria, necessita ser repensada, de modo que se adeque perante a nova lógica econômica pautada por serviços. A presente dissertação, através de estudo múltiplos-casos pretende avaliar o fenômeno da inovação em serviços através de seus drivers, utilizando como objeto de estudo hospitais. Para atingir esse objetivo utilizaram-se entrevistas semiestruturadas com os gestores de quatro hospitais situados no Estado do Rio Grande do Sul. A escolha por hospitais se deu devido à construção literária que erroneamente tratava hospitais tal qual a indústria, ou seja, a produção da saúde não se diferenciava da produção de um motor, por exemplo. Os resultados apontam que os quatro casos ainda recebem forte influência da economia clássica, adotam uma visão tecnológica da inovação, dependem fortemente do Estado e não possuem estratégias que busquem a inovação. Dessa forma, ainda se desenvolvem pelos paradigmas iniciais que pautaram o desenvolvimento das temáticas, estando aquém dos paradigmas atuais da temática.

**Palavras-chave:** Inovação em serviços, *drivers*, casos múltiplos, hospitais.

## ABSTRACT

Innovation is an inherent characteristic of the human being. This phenomenon led the humanity to invent the wheel to move all production, the electrical network to feed the machines, among other diverse tools that appeared to facilitate human life. However, if previously innovations materialized in physical products, today this conception is no longer absolute. The economy is undergoing a transition period, focusing on solutions, creating value, or experiences, for a user-consumer actor. In this scenario, innovation, which was previously formulated under the aegis of industry, needs to be rethought in order to adapt itself to the new economic logic guided by services. The present dissertation, through multiple-case study, intends to evaluate the phenomenon of innovation in services through its drivers, using as object of study hospitals. To achieve this goal, it was used semi-structured interviews with the managers of four hospitals situated in the State of Rio Grande do Sul. The choice of hospitals was due to the literary construction that erroneously treated hospitals as the industry, that is, the health production was not different from the production of an engine, for example. The results show that the four cases are still strongly influenced by the classical economy, adopting a technological approach of innovation, have heavily government dependency and have no strategies that seek innovation. In this way, they are still developed by the initial paradigms that guided the themes.

**Keywords:** Service innovation, drivers, multiple case study, hospitals.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução da classificação dos serviços.....	24
Figura 2 - Inovação em serviços e o desempenho organizacional.....	46
Figura 3 - Distribuição de estabelecimentos hospitalares no Rio Grande do Sul.....	55
Figura 4 - Resumo do processo metodológico desenvolvido.....	56
Figura 5 - Vetores características e competências.....	58

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Parcela de serviços contidos em economias de Estados.....	22
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Os diferentes enfoques das classificações de serviços.....	25
Quadro 2 - Classificações propostas pela literatura de inovação em serviços.....	30
Quadro 3 - Resumo das escolas de pensamento de inovação em serviços.....	34
Quadro 4 - Tipo de inovação em serviços.....	36
Quadro 5 - Inovação em serviços e suas classificações.....	38
Quadro 6 - Síntese dos componentes dos <i>drivers</i> da inovação em serviços.....	47
Quadro 7 - Esferas de gestão dos hospitais brasileiros.....	54
Quadro 8- Esferas de gestão dos hospitais brasileiros e gaúchos.....	54
Quadro 9 - Componentes da inovação em serviços.....	61
Quadro 10 - Dados referentes às entrevistas realizadas.....	64
Quadro 11 - Protocolo de pesquisa.....	64
Quadro 12 - Síntese das variáveis de controle.....	101
Quadro 13 - Síntese dos resultados referentes ao <i>driver</i> cultura organizacional.....	103
Quadro 14 - Síntese dos resultados do <i>driver</i> estratégias.....	105
Quadro 15 - Síntese do <i>driver</i> funcionários.....	107
Quadro 16 - Síntese dos resultados referentes ao <i>driver</i> pesquisa e desenvolvimento.....	109
Quadro 17 - Síntese dos resultados referentes ao indicador trajetória tecnológica.....	110
Quadro 18 - Síntese dos resultados referentes à trajetória institucional.....	112
Quadro 19 - Síntese dos resultados referentes ao <i>driver</i> competidores.....	113
Quadro 20 – Síntese dos resultados referentes ao <i>driver</i> consumidores.....	114
Quadro 21 - Síntese dos resultados referentes ao <i>driver</i> fornecedores.....	116
Quadro 22 - Síntese dos resultados do desempenho.....	117

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

KIBS - *Knowledge Intensive Business Service*

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

PIB - Produto Interno Bruto

SI4S - *Services in Innovation – Innovation in Services*

SUS - Sistema Único de Saúde

RJU - Regime Jurídico Único

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

UBS - Unidade Básica de Saúde

COREDE - Conselhos Regionais de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul

POPs - Planos Operativos

DOS - *Disk Operating System*

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Problema de Pesquisa.....	18
1.2 Objetivos.....	18
1.2.1 Objetivo Geral.....	18
1.2.2 Objetivos específicos.....	18
1.3 Justificativa.....	18
1.4 Estrutura da Dissertação.....	19
2. SERVIÇOS.....	20
2.1 Serviços e suas Peculiaridades.....	22
2.2 Classificação dos Serviços.....	23
2.3 Características dos Serviços.....	26
2.4 Inovação em Serviços e suas Escolas de Pensamento.....	28
2.4.1 A Abordagem Tecnicista ou Assimilação.....	30
2.4.2 Demarcação ou Diferenciação.....	31
2.4.3 Inversão.....	32
2.4.4 A Abordagem Integradora.....	33
2.5 Tipos de Inovação em Serviços.....	35
2.6 Inovação em Serviços Quanto ao seu Grau de Novidade.....	37
2.7 <i>Drivers</i> da Inovação em Serviços.....	39
2.8. Inovação em Serviços e o Desempenho da Firma.....	44
2.9. Medindo os Drivers da Inovação em Serviços e o Desempenho.....	46
3. OBJETO DE ESTUDO.....	50
3.1 As Origens dos Hospitais.....	50
3.2 Inovação em Hospitais.....	51

3.3 Os Hospitais Brasileiros .....	53
4. MÉTODO .....	56
4.1 Delineamento ou <i>Design</i> da Pesquisa.....	56
4.2 Critérios para a Seleção dos Hospitais .....	59
4.3 Procedimentos para a Coleta de Dados .....	59
4.4 Instrumento de Pesquisa .....	60
4.5 Análise dos Resultados.....	63
4.6. Ética da Pesquisa .....	65
5. RESULTADOS .....	66
5.1 Caso 1 .....	66
5.2 Caso 2 .....	75
5.2 Caso 3 .....	84
5.4 Caso 4 .....	92
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	101
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	118
7.1 Limitações do Estudo .....	121
REFERÊNCIAS .....	123
APÊNDICE A .....	141
APÊNDICE B.....	144
APÊNDICE C.....	146

## 1. INTRODUÇÃO

Muitos pensam que a inovação é um fenômeno recente e que ocorre apenas em grandes empresas tecnológicas. Entretanto, sabe-se que ela existe desde tempos remotos, nos quais se buscavam novas e melhores maneiras de realizar coisas e colocá-las na prática, assim, melhorando o mundo em que se vivia. Essa característica, inerente ao ser humano, constituiu-se em força motriz para chegar ao mundo atual, pois sem ela a humanidade não teria usufruído, por exemplo, da roda para movimentar toda a produção desde a Antiguidade até hoje; da prensa para disseminação da informação; da rede elétrica para fornecer energia para máquinas, etc. (FAGERBERG, 2005). Todavia se, em épocas passadas, a inovação materializou-se em bens físicos, hoje, essa concepção está em xeque. A economia está passando por um período de transição cuja orientação não está mais em produtos, e sim voltada para soluções, dessa forma, criando valor, ou experiências, para um ator usuário-consumidor (CHESBROUGH; SPOHRER, 2006; SHEEHAN, 2006; LUSCH; NAMBIAM, 2015), o que faz da inovação em serviços um tópico primordial para que essa nova lógica econômica possa proporcionar melhores condições à sociedade.

Essa transição de economias industrializadas para economias complexas baseadas em serviços (HAUKNESS, 1998) impõe uma quebra de paradigma econômico e isso é representado nas diversas economias em todo o globo. Nos Estados Unidos, por exemplo, os serviços, atualmente, correspondem a aproximadamente 78% do Produto Interno Bruto (PIB), não sendo diferente nas principais economias da Europa e da Ásia (ZEITHAM; BITNER; GREMLER, 2014). Esse crescimento do setor permitiu que as economias nacionais se tornassem menos cíclicas, sustentando-se em tempos de recessão. Um exemplo disso é que, durante as últimas quatro recessões sofridas pelos Estados Unidos, mesmo com todas as dificuldades, os empregos do setor de serviços aumentaram, enquanto, na manufatura, houve quedas. Isso sugere que os consumidores, em tempos de crise, abrem mão de comprar bens de consumo duráveis, porém não estão dispostos a sacrificar serviços essenciais, tais como educação, telefonia, atividades bancárias e serviços prestados pelo Estado, como policiamento e saúde (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014).

Outro fator preponderante nesse crescimento dos serviços frente a economias deu-se pelo fato de as sociedades estarem vivenciando a era pós-industrial. Isso ocorreu porque, segundo Bell (1973), cada vez mais as inovações tecnológicas dependem da ciência e dos conhecimentos teóricos. Tal dependência fez surgir uma sociedade caracterizada pelo

aumento de profissionais com características técnicas, enquanto a indústria reduzia suas ocupações, anteriormente ocupadas pelas automações. Bernadi e Garrido (2008) argumentam que a previsão de Bell (1973) enfatizava uma melhora nas habilidades médias da estrutura ocupacional, tornando a sociedade cada vez mais caracterizada por serviços, pois a indústria também passou a integrar os serviços. A respeito dessa integração entre indústria e serviços, Miles (1993) aborda que o fenômeno fez com que as necessidades das pessoas se tornassem mais complexas e sofisticadas, pois a manufatura começava a englobar serviços em seus portfólios de produtos, com isso, entregando maior valor agregado a seus produtos. Essa mudança no padrão de consumo global, que está se distanciando cada vez mais dos produtos tangíveis e indo em direção a serviços, torna as distinções consagradas pelo tempo entre indústria e serviços de difícil compreensão, pois a tendência é que os serviços, cada vez mais, absorvam a indústria.

Nesse sentido, visto a importância da inovação e do ganho de protagonismo econômico por parte dos serviços, o entendimento da relação entre os dois temas é peça-chave para o desenvolvimento de economias saudáveis. Assim, a inovação em serviços consiste em criar solução para um problema não envolvendo, necessariamente, o fornecimento de um bem (DE-JONG; HERTOOG, 2010). Esse conceito parece simples, entretanto pesquisas ainda apresentam sérias dúvidas a respeito do tema devido a questões como o forte enfoque em conceitos industriais e a aplicação de categorias analíticas inadequadas ao fenômeno. Quanto ao demasiado enfoque em conceitos industriais, Bitner, Oström e Morgan (2007) abordam que as raízes da inovação se remetem à Revolução Industrial, assim, demonstrando certo fascínio por produtos tangíveis e tecnologias, fazendo a exclusão de algumas características dos serviços, tal como a intangibilidade. Nesse sentido, o fascínio por tecnologias levou a um tratamento inadequado das evidências, tornando a literatura parcial, não consensual e, como consequência disso, surge a necessidade de pesquisas que contribuam para a evolução do entendimento da inovação empregada no contexto dos serviços (GOLDSTEIN et al., 2002; MENOR; TATIKONDA; SAMPSON, 2002; KIRCA; JAYACHANDRAN; BARDEN, 2005; JAW; LO; LIN, 2010; ORDAINI; PARASURAMAN, 2010).

Outra questão que sustenta a limitação e a falta de consenso frente à temática é, segundo Gallouj (2002), o gap que se personifica no déficit da medição da inovação em serviços. Esse déficit é a diferença entre os indicadores de inovação tradicionais (pesquisa e desenvolvimento, etc.) e a real capacidade em captar a verdadeira realidade do fenômeno



posto em questão. Como consequência disso, o conhecimento sobre os drivers, ou direcionadores, da inovação em serviços permaneceram imprecisos. Existem explicações concernentes ao fato, e uma delas é que, por muito tempo, houve uma armadilha à qual os pesquisadores estavam atrelados, isto é, eles estavam preocupados em aplicar categorias analíticas adequadas para a indústria, deixando de se preocupar se elas de fato se encaixavam na realidade dos serviços (GALLOUJ, 2002). Além disso, apesar de toda importância do fenômeno, ainda há um número limitado de estudos buscando identificar e analisar os drivers que promovem ou inibem o desenvolvimento de inovação no setor de serviços (JIMÉNEZ-ZARCO; MARTÍNEZ-RUIZ; IZQUIERDO-YUSTA, 2011).

Essa falta de uma medição adequada, imprecisão quanto aos seus drivers e a falta de pesquisadores levaram a não se entender como se desenvolve a inovação em serviços e o seu real impacto nas firmas de serviços, isto é, como surge e como afeta o desempenho, de modo com que forneça vantagens superiores frente aos seus concorrentes. Como isso, há uma fragmentação de referências utilizadas pelos estudos analisados, indicando que ainda não há um *mainstream* do campo de estudo em questão. Essa fragmentação reforça a necessidade de consolidar o conhecimento e tentar reduzir a fragmentação na área (MOHR, 1969; GALLOUJ; SAVONA, 2010; SEARS; BABA, 2011). Nesse sentido, existe a falta de um paradigma consolidado para o desenvolvimento de pesquisa que ligue os drivers da inovação em serviços ao desempenho, sendo necessário dedicar muito esforço para estruturar um quadro teórico consolidado no tocante à inovação e ao desempenho dos serviços (FERRAZ; SANTOS, 2016).

Por conseguinte, resta evidente que, de maneira geral, a inovação em serviços ainda possui lacunas a serem preenchidas. E o mesmo acontece quando se trata da inovação na prestação de serviços de saúde, que, além dessas lacunas gerais da “inovação em serviços”, apresenta seus *gaps* particulares, pois seus estudos ainda se encontram em fase embrionária, impondo desafios a serem superados (BARBOSA; GADELHA, 2012). Segundo Thune e Mina (2016), estudos da inovação relacionados à saúde humana surgiram, em sua grande maioria, correlacionados a temas que vão desde a biotecnologia até a melhoria nos serviços. Muitos desses estudos argumentam que os hospitais consistem em atores na criação de inovação, embora não sejam abordados de forma direta e explícita em estudos sobre inovação. Nesse sentido, eles são tratados de forma contextual ou indiretamente, isto é, como parceiros, e não como centros de criação de inovações (THUNE; MINA, 2016). Somando-se a isso,

outra questão que se fez presente na literatura de inovação no contexto hospitalar foi o amplo e extenso enfoque dado aos hospitais, mas estes sendo produtores de funções (CONRAD; STRAUSS, 1983; AHERN, 1993). Esse enfoque positivista, advindo do trabalho de Arrow (1963), utilizou-se de ferramentas provenientes da teoria econômica e aplicou-as no contexto hospitalar. Com isso, os hospitais eram representados por sua função de produção, ou seja, não haveria diferenças entre a produção de um carro e a de saúde.

Além disso, conforme Djellal e Gallouj (2007) existe uma recorrente e excessiva ênfase na figura do médico e nos fármacos utilizados. Djellal e Gallouj (2005) abordam que há uma tendência em subestimar a inovação em hospitais, pois, afinal de contas, é a inovação médica – cuidados técnicos e farmacológicos – que, normalmente, está no centro das investigações da área. Esse viés sobre a natureza da inovação advém de uma abordagem tendenciosa que os atores envolvidos no fenômeno têm dado ao centralizar as atenções na profissão do médico, pois se sabe que os hospitais são organizações de serviços complexos que fornecem uma ampla gama de serviços, que também influenciam a qualidade dos cuidados sobre a saúde do paciente (DJELLAL; GALLOUJ, 2007).

Toda essa complexidade se dá devido ao conceito de hospitais como prestadores de serviços e das múltiplas operações conduzidas dentro de seus limites, isto é, para realizar o serviço de saúde, há diversos outros serviços incluídos até se chegar ao serviço final: a melhora do paciente (DJELLAL; GALLOUJ, 2006). Com isso, uma das marcantes diferenças entre hospitais e outras organizações é que muitos grupos desempenham papéis de suma importância para o resultado final dos serviços: administradores, médicos, especialistas, enfermeiros, reguladores, asseguradores, entre outros. Isso aumenta o número de fontes de inovação (DJELLAL; GALLOUJ, 2006), e se todas essas fontes não forem gerenciadas, a inovação prejudicar-se-á. A essa complexidade organizacional e à evidência de que inovações em hospitais vão além de inovações médicas e tecnológicas, soma-se a variável das naturezas dos hospitais brasileiros: públicos, privados e público-privados. As diversas naturezas possibilitam, embora integrem o mesmo objeto de estudo, diferentes formas de inovação, padrões, etc., dependendo de cada uma delas (VARGAS, 2006). Portanto, entender o papel da inovação no contexto hospitalar brasileiro, mais especificadamente no setor hospitalar gaúcho, perpassa pelo entendimento dos hospitais como sendo organizações complexas, com fontes de diversas outras inovações além das tradicionais inovações médicas e tecnológicas e com diferentes naturezas (VARGAS et al., 2014).

## 1.1 Problema de Pesquisa

De que maneira se dá a gestão da inovação em serviços nos hospitais do estado do Rio Grande do Sul?

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a gestão da inovação em serviços dos hospitais do Rio Grande do Sul.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- a) Analisar as características dos hospitais gaúchos a partir dos direcionadores (drivers) da inovação em serviços.
- b) Levantar as inovações mais significativas introduzidas nos últimos anos.
- c) Verificar como os *drivers* afetam a inovação nos hospitais.
- d) Averiguar a existência de padrões de inovação em hospitais.

## 1.3 Justificativa

A justificativa para o presente trabalho perpassa por duas ideias centrais. A primeira diz respeito ao conceito inicial de inovação em serviços advindos dos trabalhos de Barras (1986), que foi disseminado para diversos outros trabalhos, dessa forma, ajudando a construir um paradigma que olhava a inovação em serviços sob a ótica manufatureira, ou seja, via a inovação em serviços como sendo uma transposição da indústria transformadora para o setor de serviços. Com o avançar da teoria, esse conceito foi sendo revisto e, hoje, já se admite uma união entre os setores, o que dá uma maior sustentação ao desenvolvimento da temática. Entretanto, ainda hoje, pode-se sentir a influência de Barras (1986), o que pode ajudar a tornar turvo o conceito da temática. Cabe ressaltar que a concepção tecnológica de Barras (1986) não estava equivocada, apenas parcial.

Do ponto de vista do objeto de estudo proposto – os hospitais –, a literatura a respeito construiu-se mediante um paradigma no qual se viam os hospitais como produtores de

funções. O trabalho seminal de Arrow (1963) desenvolveu-se a partir de ferramentas advindas da teoria econômica clássica, pois definia hospitais meramente por sua produção, não vendo diferença entre a produção de um motor e a produção da saúde, por exemplo. Esse conceito foi difundido extensamente pela literatura da temática e fundamentou diversos trabalhos a respeito. No entanto, hoje, apresenta-se uma vertente, em desenvolvimento, que trata hospitais como sendo um *hub* complexo de serviços. Dessa forma, o desenvolvimento desse novo paradigma ajuda a questionar a concepção tradicional desenvolvida por Arrow (1963), bem como justifica a elaboração dos trabalhos permeados por esse novo olhar.

#### **1.4 Estrutura da Dissertação**

O presente trabalho está estruturado em sete sessões, formando o corpo dessa dissertação. Além desta primeira sessão introdutória, nas sessões dois e três apresenta-se uma revisão dos principais temas que englobam o desenvolvimento do trabalho, isto é, realiza-se uma revisão da literatura de serviços, inovação em serviços, além da literatura referente ao objeto e utilizado nesse estudo, hospitais, de maneira com que faça o leitor sensível aos tópicos. Posteriormente a essas seções, apresenta-se a sessão quatro que situa o método que utilizado para o desenvolvimento do trabalho, assim como os aspectos éticos necessários para a realização de estudos em áreas da saúde. Na sessão cinco, apresentam-se os resultados detalhadamente e de forma individual e, em seguida, na sessão seis realiza-se a apresentação das relações entre os resultados desses casos. Por fim, na sessão sete apresentam-se as principais conclusões que o trabalho atingiu.

## 2. SERVIÇOS

Por muito tempo, os serviços restaram à margem da teoria econômica. As raízes da teoria econômica remontam a bens materiais, ou seja, focalizam-se no setor agrário e industrial como principais fontes econômicas de um Estado (GALLOUJ, 2002). Os primeiros sinais desse fenômeno foram encontrados em trabalhos tais como “A Riqueza das Nações”, de Adam Smith. Nele, Smith (1776) identificou que existem dois tipos de atividades econômicas: trabalhos produtivos, que são aqueles que adicionam valor a materiais; e trabalhos não produtivos, que não acrescentam valor algum. Entre esses trabalhos não produtivos, foram individuadas atividades que hoje são denominadas serviços. Isso levou o setor ao “lado escuro” da economia, lado negativo, onde as luzes da economia não iluminavam, tornando-o habitado por sombras, entidades incorpóreas e indivíduos servis que fugiam das ferramentas de produtividade que a economia proporcionava. Esse mundo era conceituado por ser de indivíduos que nada de útil produziam (GALLOUJ, 2002).

A partir desse conceito elaborado por Smith (1776), construíram-se três mitos acerca da atividade de serviços. O primeiro mito diz respeito à baixa produtividade e à baixa intensidade de capital. Isso se refere ao fato de que serviços não necessitam de construção de fábricas e grandes linhas de produção, bem como a baixa produtividade que pode levar à doença de custos de William J. Baumol (GALLOUJ, 2002). Baumol (1996), em seu artigo seminal, apresentou a teoria da “doença de custos”, com o argumento de que o custo unitário de um produto referente a uma atividade persistentemente mais estagnada (serviços) deve elevar-se sem limite em comparação com a de uma atividade mais progressiva (agricultura e indústria). Esse argumento pressupõe que o setor estagnado pague a mesma taxa de salário e os mesmos preços para outros insumos, tal como o setor progressista (FELTON, 1994).

O segundo mito diz respeito ao caráter residual dos serviços. Uma de suas origens, também, remete-se a Smith (1776) e à sua terminologia de trabalhos não produtivos, o que provocou o enfoque, na agricultura e na indústria, renegando os serviços. Segundo Vargas (2002), o conceito de setor residual está no cerne das discussões a respeito de como o setor de serviços é contabilizado e classificado. Essas discussões centram-se nas dificuldades de mensuração do setor frente ao Produto Interno Bruto (PIB), ou seja, o setor terciário denomina-se “terciário” por ser o último a ser contabilizado quando se calcula o PIB (KON, 1999). Tal contabilização consiste em analisar, primeiramente, a participação da agricultura e da indústria e, por fim, a dos serviços. Nesse sentido, devido às raízes da teoria econômica,

definiram-se os serviços como tudo aquilo que não é agricultura ou manufatura (GALLOUJ, 1998b).

O terceiro mito remete-se ao argumento acerca de uma sociedade servil e com baixos salários. E isso significa que os trabalhos seriam desqualificados e, por isso, os salários médios são mais baixos do que na indústria manufatureira (GALLOUJ, 2002). Na melhor das hipóteses, os trabalhadores seriam apenas serviçais designados para operar máquinas e, na pior das hipóteses, serviçais de outras pessoas. Assim, a partir desse ponto de vista, a sociedade de serviço é a “sociedade de maus empregos” ou uma “sociedade de servos” (THUROW, 1989; GORZ, 1990; MAHAR, 1992), em que a nova aristocracia subjuga seus semelhantes por meio de empregos domésticos de baixo grau. Entretanto isso é um mito da “sociedade pós-industrial” (BELL, 1973).

Com o passar do tempo, percebe-se que os serviços ultrapassaram a agricultura e a manufatura em termos de importância para economias, tornando-se o grande protagonista frente aos PIBs, fato que reforça os mitos anteriores. Em 2005, segundo o World Bank (2014), os serviços somavam, em média, mais de 65% do produto interno bruto mundial, evoluindo para mais de 68% em 2014. Em um contexto mais específico, no que tange aos países que englobam o seletivo grupo dos desenvolvidos, podendo-se analisar, como exemplo, os Estados Unidos, que, em 2005, possuíam aproximadamente 76,95% de seu PIB eram representados pelos serviços, evoluindo para 78% em 2014. Frente aos países emergentes, pode-se destacar a representatividade do setor no Brasil, correspondendo a 66%, em 2005, e evoluindo para 70,8% em 2014. Esses dados refletem a mudança paradigmática, isto é, uma mudança de economias agrárias e manufatureiras para economias cada vez mais baseadas em serviços, visto que, nos últimos dez anos, tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, houve um aumento da parcela dos serviços frente aos seus respectivos PIBs. A seguir, na Tabela 1, pode-se verificar que esse aumento ocorreu na maioria dos demais países dos dois blocos (desenvolvidos e emergentes), corroborando a tendência de os países, economicamente, sustentarem-se por serviços.

Como resultado disso, a luz da teoria econômica lança sua claridade em torno de apenas 30% da atividade econômica, assim, condenando a fonte essencial de empregos e de riqueza em todos os países desenvolvidos a definir na escuridão. Todavia, com a evolução da literatura a respeito e da maior orientação para serviços por parte da economia, é possível

verificar que o fenômeno se encorpou e apresenta algumas peculiaridades, classificações e características (FOURCROY; GALLOUJ; DECELLAS, 2012).

**Tabela 1** - Parcela de serviços contidos em economias de Estados

<b>Local</b>	<b>2005</b>	<b>2014</b>
Mundo	65,7%	68,50%
<b>Países Desenvolvidos</b>		
Estados Unidos	76,90%	78%
Reino Unido	76%	78,40%
Alemanha	69,80%	69%
França	76,60%	78,8
Japão	70,60%	72%
<b>Países Emergentes</b>		
Brasil	66,00%	70,80%
Rússia	57,00%	63,70%
Índia	53,10%	52,60%
China	41,40%	48,10%
África do Sul	67,10%	68,10%

**Fonte:** World Bank (2014).

## 2.1 Serviços e suas Peculiaridades

Antes de adentrar pela relação entre serviços e inovação, faz-se necessário elucidar serviços e suas peculiaridades. Diferentemente da perspectiva de bens de consumo, que tem seu foco na separação e no controle dos atores a fim de otimizar e gerenciar resultados tangíveis a partir de processos econômicos (VARGO; LUSCH, 2004), a perspectiva baseada em serviços busca verificar o que a firma faz não apenas como meio de produção e oferta de bens tangíveis, mas como uma troca de serviços que ocorre por um ator, que se utiliza de habilidades e capacidades para beneficiar outro ator, isto é, essa perspectiva focaliza o processo de servir em vez de um resultado personificado em um bem material (VARGO; LUSCH, 2004). Seguindo a mesma linha de Vargo e Lusch (2015), Grönroos (1993), ao tentar descrever serviços, aborda que eles são uma série de atividades ou processos produzida e consumida simultaneamente, o que dificulta o gerenciamento quando comparados a bens materiais. Já Lovelock (1983) argumenta que os serviços são atividades econômicas que criam valor e proporcionam benefícios para os clientes em tempos e lugares específicos, tendo como resultado uma mudança desejada para o destinatário do serviço.

Essa maneira de pensar foi desenvolvida pela Escola Econômica, mais precisamente por Frederic Bastiat, em 1848. Bastiat (1848) propõe que serviços são trocados por serviços, afirmando que eles nada mais são do que o início e o fim da ciência econômica. Nesse sentido, apesar da importância reiterada por Frederic Bastiat, no longínquo 1848, Vargas (2002) aborda que essa perspectiva ainda não possui uma conceituação que reflita sua complexidade e faça-lhe jus; fato confirmado por Quinn (1987), que aponta a necessidade de uma elaboração que possibilite levar em consideração as idiossincrasias das atividades de serviços comparadas com as demais atividades econômicas e que possibilite, de forma nítida, sua definição sem reduzi-las a um todo homogêneo.

Dessa forma, buscou-se, na literatura, os aspectos que caracterizavam o setor de serviços com o intuito de melhor entender suas peculiaridades. Assim, faz-se necessário o entendimento a respeito das classificações de serviços, bem como suas características.

## **2.2 Classificação dos Serviços**

A classificação dos serviços começou a ter aporte em 1940. Clark (1940), focalizando o papel do setor na economia, afirmou que, à medida que as nações se industrializam, a transferência de empregos de um setor da economia para outro torna-se inevitável, ou seja, conforme a produtividade de um setor aumenta, a força de trabalho desloca-se para outro setor. Essa hipótese foi denominada Clark-Fisher e implica classificar as economias de acordo com a atividade desenvolvida pela maior parte dos trabalhadores. Assim, as atividades foram divididas em serviços quase-domésticos, que consistia em serviços de alimentação e hotelaria; serviços prestados às empresas; e um grupo de outros, incluindo recreação, cuidados com a saúde e educação.

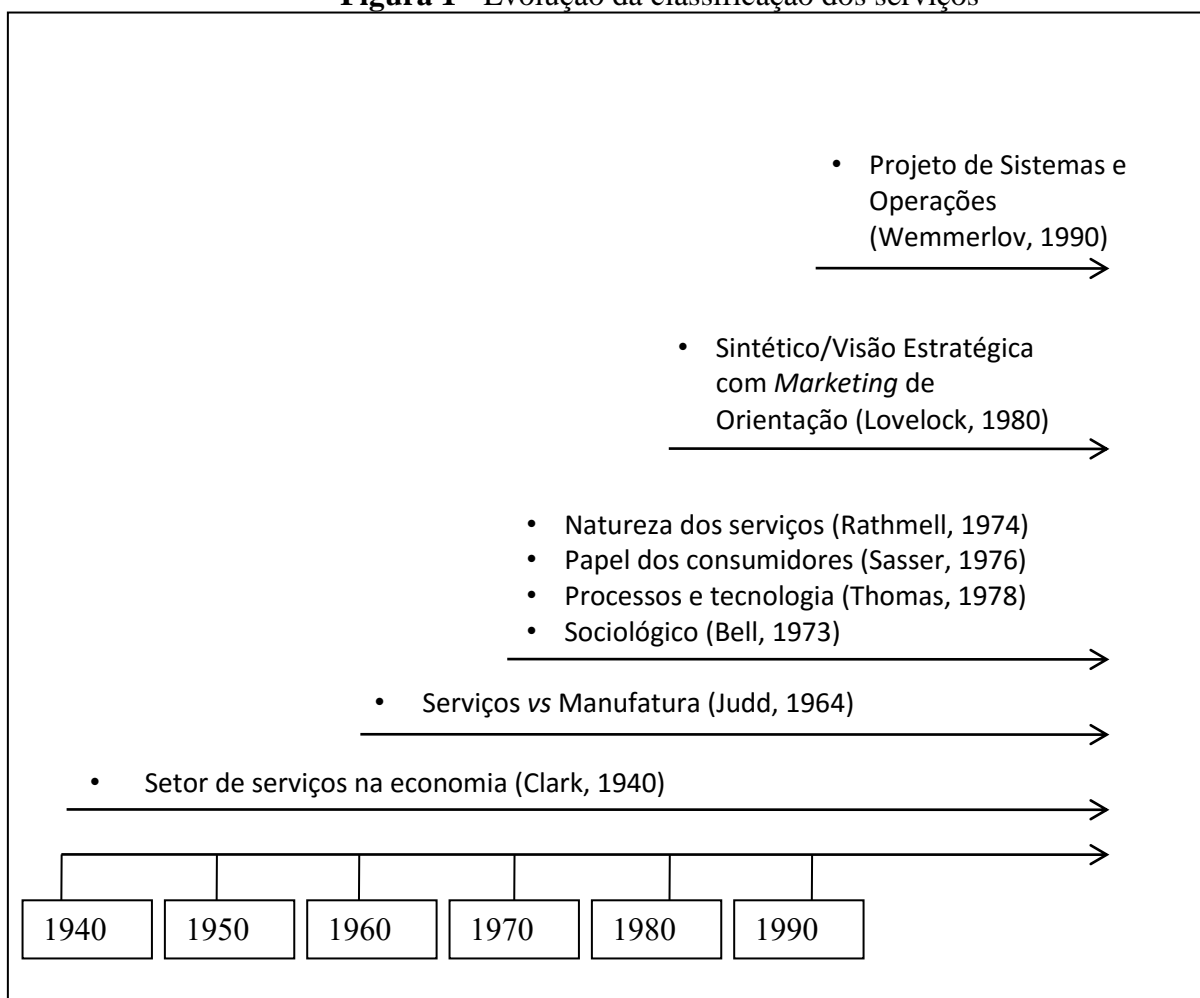
Posteriormente, surgiram diversas outras classificações de serviços; por exemplo, Judd (1964), buscando a relação serviços *versus* manufatura, classificou-os em serviços de bens alugados, serviços de bens próprios e serviços imateriais. Já Bell (1973), levando em consideração o aspecto sociológico, classificou-os em matrizes de intangibilidade e a extensão do envolvimento do cliente na prestação do serviço. Rathmell (1974) levou em consideração a natureza dos serviços ao elaborar sua classificação, definindo como: tipo de vendedor, tipo de comprador, motivos de compra, práticas de compra e grau de regulamentação. Sasser (1976) evidenciou o papel dos consumidores e classificou os serviços com base na percentagem dos



bens tangíveis *versus* benefícios intangíveis contidos em cada “pacote” de serviços. Já Thomas (1978), enraizando-se na parte de processos e tecnologias, apresenta duas classificações: serviços baseados em equipamentos e baseados em pessoas. Lovelock (1983), enfatizando o aspecto sociológico, classificou serviços em: características básicas da demanda, conteúdo dos serviços e seus benefícios, procedimentos de prestação de serviços, consumo independente ou consumo coletivo, transações definidas pelo tempo ou por tarefas e a medida em que os clientes devem estar presentes durante a prestação de serviços. Por fim, Wemmerlov (1990), objetivando projetos de sistemas e operações, classifica serviços em: natureza da interação do sistema do cliente/serviço, grau de rotinas inclusas no processo de serviço, objetos para os quais atividades de serviços são dirigidas.

Nesse sentido, para melhor visualizar a linha do tempo das classificações propostas para serviços, encontra-se a Figura 1, em que se ilustra como foram surgindo essas classificações ao longo do tempo, bem como seus enfoques.

**Figura 1** - Evolução da classificação dos serviços



Fonte: Adaptado de Cook, Goh e Chung (1999).

Verificada a evolução da literatura em serviços, outro ponto que pode ser considerado a partir das classificações são os diferentes enfoques em que as classificações se fundamentaram com o passar do tempo. No Quadro 1, apresentam-se as classificações sintetizadas exprimindo, além das diferentes classificações, os diferentes enfoques.

**Quadro 1** - Os diferentes enfoques das classificações de serviços

<b>Autor(es)</b>	<b>Classificação</b>	<b>Enfoque</b>
<b>Clark (1940)</b>	Serviços quase domésticos: alimentação e hotelaria, serviços prestados às empresas. Outros: recreação, cuidados de saúde e educação.	Econômico
<b>Judd (1964)</b>	Serviços de bens alugados Serviços de bens próprios Serviços imateriais	Relacional
<b>Bell (1973)</b>	Matrizes de intangibilidade Extensão do envolvimento do cliente na prestação do serviço	Sociológico
<b>Rathmell (1974)</b>	Tipo de vendedor Tipo de comprador Motivos de compra Práticas de compra Grau de regulamentação	Natureza dos serviços
<b>Sasser (1976)</b>	Porcentagem dos bens tangíveis <i>versus</i> benefícios intangíveis contida em cada "pacote" de serviços	Papel do consumidor
<b>Thomas (1978)</b>	Serviços baseados em equipamentos Serviços baseados em pessoas	Processos e tecnologias
<b>Lovelock (1983)</b>	Características básicas da demanda Conteúdo dos serviços e seus benefícios Procedimentos de prestação de serviços Consumo independente ou consumo coletivo Transações definidas pelo tempo ou por tarefas Medida em que os clientes devem estar presentes durante a prestação de serviços	Sociológico
<b>Wemmerlov (1990)</b>	Natureza da interação do sistema do cliente/serviço Grau de rotinas inclusas no processo de serviço Objetos para os quais as atividades de serviços são dirigidas	Sistemas e operações

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2016).

Com o entendimento da classificação dos serviços e de sua diversidade de classificações, outra questão que se faz necessária à abordagem é as características dos serviços. Essa importância decorre da constante tentativa de separar serviços dos produtos que a literatura almeja.

## 2.3 Características dos Serviços

Existe uma gama de particularidades propostas pela literatura de serviços quando analisadas suas características. Normalmente, são comparadas com bens físicos, entretanto apresentam características que as tornam peculiares quando comparadas com produtos tangíveis (GRÖNROOS, 1993; VERMEULEN; VAN-DER, 2001; DE-JONG et al., 2003; BITNER; ZEITHAML; GREMLER, 2010). Dessa forma, essas características apresentam-se como cocriação (relação entre o produtor e o consumidor), simultaneidade (consumo é concomitante à produção), perecibilidade (não se pode estocar), intangibilidade (não se materializa) e heterogeneidade (dificuldade de padronização).

**1. Cocriação:** uma das mais marcantes características do fenômeno dá-se pela relação entre o consumidor e o prestador do serviço (GRÖNROOS, 1993). Isso ocorre porque há incertezas que são advindas de informações assimétricas e isso gera riscos de oportunismos por parte dos agentes envolvidos devido ao fato de o resultado não ser materializado. Dessa forma, o cliente desempenha papel fundamental como parte ativa do processo (ABRAMOVICI; BANCEL-CHARENSOL, 2004; ALAM, 2006), pois, segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014), o cliente age como funcionário temporário, chegando quando a tarefa é realizada para reforçar a equipe de trabalho.

**2. Simultaneidade:** outra característica é a simultaneidade, ou seja, serviços não podem ser estocados, pois, ao mesmo tempo em que são produzidos, são consumidos (GRÖNROOS, 1993). Isso repele as estratégias que a indústria da manufatura utiliza ao confiar nos estoques para amortecer flutuações na demanda. Seguindo essa linha de raciocínio, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) abordam que os serviços são consumidos concomitantemente ao momento em que são produzidos, o que torna difícil, se não impossível, verificar falhas e corrigi-las antes de que essas aconteçam e afetem o cliente. Tal fator é ressaltado por Trott (2012), que assevera que os serviços são consumidos simultaneamente à sua produção, inversamente aos produtos tangíveis.

**3. Perecibilidade:** para Trott (2012), os serviços não podem ser salvos, armazenados, revendidos ou, até mesmo, devolvidos. Zeithaml e Bitner (2003) argumentam que o resultado disso é a dificuldade de administrar a oferta e a demanda, bem como o seu planejamento. Assim, torna-se um desafio à medida que as demandas dos clientes variam e não podem ser estocadas (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014). O

efeito disso é que as firmas perdem a oportunidade de gerar receita adicional por serem incapazes de atender aos níveis de demanda de pico, pois o serviço não pode ser produzido com devida antecedência, bem como sua preservação até ser requerido para uso (SASSER, 1976).

**4. Intangibilidade:** segundo Tidd e Hull (2003), enquanto os resultados da indústria manufatureira são produtos tangíveis, as empresas de serviços exercem uma função, ou seja, o resultado de um serviço não se constitui em um bem materializado. Essa característica se baseia na premissa de que os serviços não podem ser codificados ou formatados antes da execução, assim, de acordo com Sundbo e Gallouj (1998), cada transação é única e tem uma resposta a um problema específico, não padronizado e em ambientes diferentes. Dessa forma, os serviços representam produtos não físicos que não podem ser transportados e/ou armazenados (GRÖNROOS, 1993).

**5. Heterogeneidade:** a intangibilidade aliada ao papel da cocriação culmina em uma variação do resultado dos serviços, ou seja, há uma dificuldade de padronização, tornando o resultado do processo de serviços variável, isto é, heterogêneo. Isso se dá pela variedade de serviços existentes e pelo forte relacionamento com o fator humano, o que dificulta a atividade de padronização e estimação de preços (GRÖNROOS, 1993; TROTT, 2012; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014), significando que a qualidade do serviço pode variar consideravelmente de uma situação para outra dentro da mesma organização. Essa característica aumenta ainda mais o leque de dificuldades que se enfrenta ao gerir atividades de serviços.

A partir dessas características, abre-se um leque de oportunidades para a gestão dessas variáveis, porque, de acordo com Grönroos (1993), a percepção dos serviços, normalmente, é subjetiva, o que torna necessária a primazia por seu gerenciamento. Essa gestão se faz fundamental para organizações orientadas a serviços, pois, se estas não forem tratadas de forma adequada, tenderão a perder competitividade e até o mercado no qual estão inseridas. Somado a isso, pode-se aplicar a inovação, que ainda atribui mais um agregado de variáveis que, combinadas aos dos serviços, torna-se um desafio a ser superado com o intuito de ganhar vantagem competitiva.

## 2.4 Inovação em Serviços e suas Escolas de Pensamento

A palavra inovação está na moda, contudo, apesar de sua relevância, a temática nem sempre recebeu a atenção que merecia (FAGERBERG; VERSPAGEN, 2009). Somente em 1934, se começa a dar importância ao assunto, mas em uma escala econômica mais abrangente. Assim, a primeira e seminal definição de inovação foi proposta por Schumpeter (1911), em sua obra “A Teoria do Desenvolvimento Econômico”, na qual o autor associou inovação ao desenvolvimento econômico e definiu-a como uma nova combinação de recursos produtivos já existentes. Seu estudo inseriu casos específicos, tais como a introdução de novos produtos, novos métodos de produção, exploração de novos mercados, conquista de novas fontes de fornecimento e novos métodos de organização de negócios. O autor também sugeriu que a relação entre desenvolvimento econômico e inovação se dava por quebras em um equilíbrio econômico, em que estas seriam ondas que viriam a desestabilizar esse equilíbrio. As ondas de quebra seriam, então, o período de lucro extraordinário até que outros agentes econômicos conseguissem estabilizar novamente o ciclo econômico, retornando ao equilíbrio anterior à primeira onda. Mais tarde, Schumpeter (1942), em seu livro “Capitalismo, Socialismo e Democracia”, trabalha o conceito de “destruição criadora”, em que esse seria o processo de desenvolvimento em longo prazo de economias capitalistas, em outras palavras, esse crescimento seria baseado nas empresas, introduzindo novos bens e processos de produção com o intuito de sucatear as velhas tecnologias e, por conseguinte, apoderar-se do mercado das empresas que não se mostraram capazes de introduzir novos bens e novos processos produtivos. Nesse sentido, o capitalismo promoveria a destruição do velho para o surgimento do novo, a inovação.

Posteriormente a Schumpeter, muitos outros autores levaram adiante, de maneira geral, a temática da inovação, principalmente, com foco no paradigma tecnológico para explicar o fenômeno. Nelson e Winter (1977), inicialmente, cunharam o conceito de "regime" para descrever os conjuntos de regras que regem as decisões sobre como desenvolver e produzir novas tecnologias. Assim, as rotinas assumiam um papel central nas firmas e eram vistas como os genes organizacionais, permitindo à organização a reproduzir ou replicar práticas e atividades a partir de diferentes áreas a fim de confrontar novos problemas. Desse modo, cada firma possui as suas próprias rotinas, que, por sua vez, produzem variações nas empresas, o que significa que as empresas se diferem por possuírem diferentes rotinas. Tais diferenças de rotinas entre empresas são o motivo de algumas organizações inovarem e outras

não. Seguindo a mesma linha de Nelson e Winter (1977), Dosi (1984) destaca a importância da apropriabilidade privada e de oportunidades tecnológicas, pois esses dois fatores seriam as condições fundamentais para atividades inovadoras. Nesse sentido, Dosi (1984) introduz o conceito de trajetórias tecnológicas que, conseqüentemente, leva a uma assimetria entre as firmas, assim, explicando as diferenças de desempenho industrial entre as firmas e suas capacidades de realizarem inovações.

Em um contexto mais estrito do que o proposto por Schumpeter (1911) e por seus posteriores seguidores, os chamados neoschumpeterianos, a inovação em serviços pode ser definida como a introdução de novas ideias que se focalizam em serviços, promovendo novos jeitos de entrega de benefícios, novos conceitos ou novos modelos de negócios por meio de contínuas operações de melhorias, tecnologias, investimentos em *performance* de funcionários, ou, ainda, a gestão da experiência do consumidor (VERMA, 2008; ENZ, 2012).

O tema “Inovação em Serviços” está ganhando crescente atenção na literatura devido à especial ênfase dada ao assunto pelos países da União Europeia, após esses países terem juntado seus esforços para realizar projetos nesse âmbito, tais como o *Service in Innovation, Innovation in Services - Services in European Innovation Systems* (SI4S), bem como mediante o *Enhancing the Performance of the Service Sector*, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD). O fenômeno do aumento da produção é fortificado por Miles (2001), que assinala que a literatura tem se preocupado em estudar com maior afinco serviços desde 1960 devido à precariedade do ponto de vista tecnológico que o setor apresentava na época.

Esses estudos, geralmente, eram ligados a pesquisas do setor industrial, o que de certa forma delimitou o entendimento acerca do fenômeno por um dado período. Entretanto, mais tarde, o arcabouço teórico começou a ganhar corpo, assim, anteriormente, o que eram estudos advindos da indústria manufatureira, tornaram-se estudos que começaram a englobar, por exemplo, as características peculiares dos serviços, fato que os diferenciava dos bens de consumo da indústria.

Contudo ainda há debates acerca do tema na literatura, como pode ser visto a partir de algumas diferenças quanto às suas classificações de escolas de pensamento, por exemplo. Por um lado, alguns autores propõem três escolas de pensamento, tais como Gallouj e Weinstein (1997), Coombs e Miles (2000), Drejer (2004), Gallouj (1998a), Sundbo, Orfila-Sintes e Sørensen (2007) e Gallouj e Savonna (2008), que as classificam em tecnológica ou

assimilação, demarcação e integração. Por outro lado, há recentes estudos que já estão adotando novas abordagens, tais como os estudos propostos por DeVriess (2006), Gallouj (2010) e Djellal, Gallouj e Miles (2013), nos quais os autores afirmam que existem quatro abordagens distintas para tratar as escolas de pensamento de inovação em serviços e que servirão como norte deste trabalho: tecnológica ou assimilação, demarcação, inversão e integração. A seguir, verifica-se o Quadro 2, que resume essas informações demonstrando como cada autor realiza essas classificações, fato que reitera as inconclusões.

**Quadro 2** - Classificações propostas pela literatura de inovação em serviços

Abordagens	Quem utiliza
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tecnológica ou assimilação</li> <li>• Demarcação</li> <li>• Integração</li> </ul>	Gallouj e Weinstein (1997); Gallouj (1998a); Coombs e Miles (2000); Drejer (2004); Sundbo, Orfila-Sintes e Sorensen (2007); Gallouj e Savonna (2009).
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tecnológica ou assimilação</li> <li>• Demarcação</li> <li>• Inversão</li> <li>• Integração</li> </ul>	Djellal, Gallouj e Miles (2013); DeVriess (2006); Gallouj (2010).

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2016).

De maneira geral, segundo Djellal, Gallouj e Miles (2013), os posicionamentos frente à questão das abordagens de inovação em serviços dividem-se em quatro principais vertentes, devido aos focos diferentes de algumas abordagens: (1) tecnicista ou assimilação, (2) demarcação, (3) inversão e (4) síntese. Essa proposta possui um maior número de abordagens que, além de enfatizar diferenças, consegue exprimir detalhadamente cada linha, diferentemente de outras. Assim, aqui, seguem as abordagens e suas descrições.

#### 2.4.1 A Abordagem Tecnicista ou Assimilação

A abordagem tecnicista está baseada na concepção de que a inovação em serviços é resultado da adoção de inovações tecnológicas advindas do setor de produção de bens de capital, isto é, leva em consideração a transposição das tecnologias da informação das indústrias manufatureiras para as indústrias de serviços. Como consequência, a inovação não seria a análise de um processo, mas a difusão de inovações tecnológicas da indústria no setor de serviços.

O principal expoente dessa abordagem é Barras (1986), e este é percebido como um precursor para o início das linhas de pesquisa de inovação em serviços (MILES, 2007; TETHER; HOWELLS, 2007). Para Gallouj (1997), Barras (1986) foi o primeiro a tentar buscar uma teoria da inovação em serviços; e seu modelo de “ciclo reverso de produto” foi uma visão alternativa ao ciclo de vida do produto de Abernathy e Utterback (1978), sustentando que a inovação em serviços percorreria um ciclo contrário ao verificado em inovações tecnológicas. Na fase de introdução dessa nova tecnologia, Barras (1986) aborda que, ao invés de causar um impacto radical, causaria apenas aumento da eficiência na prestação dos serviços existentes. Em um segundo momento, o autor aponta que as inovações seriam incrementais e, nesse sentido, voltadas para a melhoria da qualidade. Já no estágio final, a tecnologia desenvolveria novos serviços ou recombinações dos já existentes. Aqui fica evidente um ponto: o ciclo reverso de produto é inverso ao processo de destruição criadora proposto por Schumpeter (1942).

Ao partir do princípio de Barras (1986), que relaciona inovação em serviços com tecnologias da informação, muitos autores denominaram essa abordagem como tecnicista (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997; GALLOUJ, 1998; DEVRIESS, 2006; SUNDBO et al., 2007). Ela sofreu diversas críticas, tais como as apontadas nos trabalhos de Nightingdale (2003), Dolfsma (2004), Hipp e Grupp (2005) e Howells (2006). Algumas dessas críticas referem-se o papel dominante da tecnologia e a dificuldade de distinção entre as partes do processo de serviços.

Outra crítica, talvez a que mais se sobreponha às demais, é que, conquanto seja muito utilizada, a vertente tecnicista abrange apenas a parte tecnológica, não englobando em aspecto algum as partes não tecnológicas da inovação em serviços. E isso faz com que ela seja parcial e não contemple todas as variáveis que permeiam o fenômeno, como os aspectos gerenciais, fazendo com que o modelo proposto por Barras (1986), segundo Gallouj (1994), não se consolidasse. Contudo essa abordagem ainda é tema recorrente na análise da inovação no setor de serviços (GALLOUJ; GALLOUJ, 1997).

#### 2.4.2 Demarcação ou Diferenciação

A abordagem orientada aos serviços busca identificar a natureza da inovação dos serviços, explicitando outras formas que não sejam somente a adoção de tecnologias. Esse



olhar veio com o intuito de contrabalançar a lógica dominante, a tecnicista, e envolver as formas não tecnológicas de inovação (DREJER, 2004). Os defensores dessa abordagem – “demarcação” – contam com a suposição de que os serviços são um tipo especial de produto (ou seja, bens intangíveis), exigindo a alteração estrutural dos modelos de inovação desenvolvidos para bens tangíveis (ORDANINI; PARASURAMAN, 2011). Assim, o foco dela direciona-se à relação usuário-produtor, tornando-a a principal característica que a difere das relações produtivas em serviços, mesmo levando em consideração as variações em seu grau de intensidade e o ramo dos serviços considerados. Isso ofereceu a possibilidade para a inovação em serviços ultrapassar uma mera difusão tecnológica (HAUKNES, 1998).

Desse modo, tal perspectiva pode ser considerada como dedutiva devido às características intrínsecas dos resultados dos serviços. Para Gallouj (1994), a abordagem possui três tipos de inovação: *ad hoc* (processo de construção de solução para um problema específico), antecipatória (novo campo do conhecimento ou *expertise* a ser explorado) e formalizada (conjunto de mecanismos que ajudam a definir contornos do serviço com certo grau de tangibilidade, por exemplo, regras, políticas, modelos). Também considera a oferta do serviço básico que atende à necessidade central da demanda e o serviço periférico, aquele que gera valor adicional competitivo na execução.

Embora essa abordagem tenha surgido com o intuito de dar um contraponto ao enfoque da abordagem tecnicista, ela é alvo de críticas. Uma delas dá-se pelo fato de que, ao focalizar exageradamente as características distintivas dos serviços, perde-se em generalidade dos seus resultados (DREJER, 2004), além de que algumas características também podem ser aplicadas à manufatura (RUST, 1998). Assim, tanto na abordagem tecnicista, proposta inicialmente por Barras (1986), quanto na abordagem de demarcação, não houve a clareza em responder por completo ao fenômeno e assim surgiram outras duas perspectivas: inversão e integração.

#### 2.4.3 Inversão

Recentemente, foi introduzida na literatura de inovação em serviços uma nova perspectiva para descrever inovação em serviços (DESMARCHELIER; DJELLAL; GALLOUJ, 2010). Essa perspectiva, denominada “inversão”, visa quebrar com a predominância dos conceitos advindos da indústria manufatureira, visto que pretende ir além

da visão demarcada e distintiva daquela transportada da manufatura para os serviços. Ademais, vê as indústrias de serviços como pioneiras, modelos para as atividades de inovação empregadas em outras empresas (DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013).

Nesse sentido, a perspectiva da “inversão” trata-se de uma reviravolta que o setor de serviços traz com relação à indústria manufatureira, equalizando a balança do poder anteriormente dominada pela abordagem de Barras (1986). Com isso, a abordagem percebe a indústria de serviços como fonte de inovação em toda a economia. Esse papel pode ser desempenhado por grandes empresas que utilizam os seus fornecedores, enfatizando o papel deles como KIBS, ou melhor, fornecedores de serviços de conhecimento intensivos. Desse modo, eles se caracterizam por serem importantes no papel de inovação dos seus clientes de um modo geral. Pode-se exemplificar esse fenômeno com empresas de consultoria, engenharia, serviços de pesquisa (DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013).

#### 2.4.4 A Abordagem Integradora

A última perspectiva usada para enquadrar as questões de inovação em serviços é a abordagem integradora (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997; COOMBS; MILES, 2000), que apresenta uma visão de produtos e serviços sob uma mesma teoria da inovação. Essa ótica se propõe a reconciliar bens e serviços com o intuito de integrá-los em uma única teoria. Para desenvolver essa abordagem, Gallouj e Weinstein (1997) basearam-se no trabalho de Saviotti e Metcalfe (1984) e aplicaram o modelo lancasteriano de bens a serviços. Eles definem os produtos, independente de serem bens ou serviços, como uma gama de vetores: características técnicas internas e externas, características finais ou serviço, competências internas e externas.

Assim, um serviço pode ser definido como a mobilização de competências, internas e externas, e técnicas, internas e externas, para produzir um serviço. Portanto, a inovação pode ser refletida como mudanças nesses vetores, gerando valor para o consumidor: adição, subtração, associação, dissociação ou, até mesmo, formatação.

A partir da contextualização das abordagens que a literatura propõe, apresenta-se o Quadro 3, proposto por Morrar (2014), que busca resumir e elucidar de forma sintética as diferenças entre elas.

**Quadro 3** - Resumo das escolas de pensamento de inovação em serviços

Abordagem	Assimilação	Demarcação	Inversão	Integração
<b>Tipo de inovação</b>	Tecnológica	Não tecnológica	Baseada em conhecimento	Complexa
<b>Características da inovação</b>	Equaciona a inovação em serviços à adoção e ao uso de tecnologias.	Acrescenta tipologias não tecnológicas, tais como inovação organizacional, <i>ad hoc</i> e inovação de <i>marketing</i> .	Enfatiza o papel dos fornecedores como fonte de conhecimento e, por conseguinte, fontes de inovação.	Integra bens e serviços em uma mesma perspectiva.
<b>Quadro de inovação</b>	Tentativa de assimilar serviços dentro de um quadro usado para o setor manufatureiro.	Tenta desenvolver um quadro específico para inovação em serviços, enquanto tenta enfatizar as especificidades dos serviços e seus processos.		Quadro conceitual tanto para bens tangíveis quanto intangíveis.

**Fonte:** Adaptado de Morrar (2014).

Com isso, pôde-se perceber que a escala evolutiva do pensamento em inovação em serviços surgiu, de forma parcial, com a abordagem da assimilação abrangendo apenas a dimensão tecnológica dos fenômenos. Posteriormente, seguiu-se pela abordagem da demarcação, que buscava um contraponto focalizando as características peculiares que os serviços possuíam quando comparados com os produtos. Nesse sentido, essas duas primeiras abordagens descreviam o fenômeno de maneira parcial, sendo duas linhas de pensamento alocadas em pontos opostos em um *continuum*, isto é, a abordagem tecnicista visualizava a inovação em serviços sob a ótica da indústria, já a demarcação, sob a ótica apenas dos serviços.

Não sendo suficientes essas duas abordagens, surgiram mais duas: inversão e integração. A primeira buscou enfatizar o papel das *KIBS* no tocante à inovação em serviços, assim, sustentava que as fontes de inovação eram as empresas de consultorias, engenharias, serviços especializados em pesquisas, etc., portanto, os serviços eram a fonte de inovação em toda a economia. A integração, por sua vez, buscou desvencilhar-se de óticas específicas e almejou a fusão da indústria e dos serviços em uma única proposta. Com isso, essa última perspectiva foi a primeira que buscou integrar serviços e indústria em uma única perspectiva e, por conseguinte, a que melhor se enquadra em traduzir o fenômeno, pois o estabelecimento

de fronteiras econômicas entre a indústria e os serviços estão cada vez mais difíceis de se delimitarem.

Verificadas as escolas de pensamento que permeiam o tema, percebe-se que existem tipologias propostas para inovação em serviços, e estas necessitam ser, da mesma forma, elucidadas.

## **2.5 Tipos de Inovação em Serviços**

Os tipos de inovação em serviços não apresentam consenso na literatura, sendo tratado diferentemente pela literatura existente. Por exemplo, para Hertog (2000), os tipos de inovação em serviços podem ser relacionados à novidade e estão classificados em quatro, sendo eles: conceito de serviço (uma nova proposição de valor, que seja nova pelo menos para a própria firma), interface com o cliente (refere-se a mudanças na maneira como os clientes são envolvidos no *design*, na produção e no consumo do serviço), sistema de distribuição e tecnologias envolvidas (mudanças internas nas formas pelas quais trabalhadores executam a distribuição de serviço) e opções tecnológicas (papel das tecnologias no auxílio à prestação do serviço).

No entanto Sundbo e Gallouj (1998) propõem que os tipos de inovação em serviços se dividem em: inovação de produto (um novo produto é oferecido e sua venda implicará em prestações de serviços), inovação de processo (alteração em um ou mais procedimentos para produzir ou prestar um serviço), inovação organizacional (uma nova forma de gerenciamento e organização), inovação de mercado (alterações no mercado, como, por exemplo, a descoberta de um segmento antes inexistente) e inovação *ad hoc* (solução de um problema particular apresentado por um cliente). Já Van-Der e Elfring (2002) distinguem os tipos em organização das unidades múltiplas (reprodução de um sistema de gestão de serviços em uma organização de unidade múltipla), novas combinações de serviços (de novas combinações de atividades de serviços, partes de serviços e segmentos de serviços), cliente como coprodutor (redefinição do papel do consumidor no processo de coprodução) e inovações tecnológicas (desenvolvimento e implementação de novas formas de tecnologias e configurações correlatas de conceitos e processos de serviços). De-Jong et al. (2003) classificam-nas em cinco: inovação dominada pelo fornecedor (inovações de fornecedores externos são divulgados e implementados pelos usuários da indústria de serviços), inovação dentro dos serviços (ocorre

dentro da empresa e, na maior parte das vezes, é induzida por considerações estratégicas), inovação orientada pelo cliente (responder, de forma clara, às necessidades do cliente, ou seja, é uma reação percebida pela empresa a partir das necessidades do mercado), inovação mediante serviços (uma firma fornece recursos que suportam o processo de inovação de outras firmas) e inovação paradigmática (inovações afetando fornecedores, clientes e empresa).

Para finalizar a contextualização das diferentes classificações quanto às tipologias e apresentar a tipologia norte do presente trabalho, Meeus e Edquist's (2006) definem as tipologias de inovação em serviços como: inovação em serviços (introdução de novos serviços a novos clientes ou clientes já existentes ou uma oferta de serviços existentes a novos clientes), inovação tecnológica de processos (novos elementos introduzidos no sistema de produção da organização ou operação de serviço) e inovação de processos administrativos (a mudanças na estrutura da organização e processos, sistemas administrativos, conhecimentos utilizados para executar o trabalho de gestão). O Quadro 4 sumariza os tipos citados pelos autores, bem como a descrição de cada tipo de inovação proposta por eles.

**Quadro 4** - Tipo de inovação em serviços

Sundbo e Gallouj (1998)	Hertog (2000)	Van-Der e Elfring (2002)	De-Jong et al. (2003)	Meeus e Edquist's (2006)
Inovação de produto	Conceito de serviço	Organização de unidades múltiplas	Inovação dominada pelo fornecedor	Inovação em serviços
Inovação de processo	Interface com o cliente		Inovação dentro dos serviços	Inovação tecnológica de processos
Inovação organizacional	Sistema de distribuição do serviço	Novas combinações de serviços	Inovação orientada pelo cliente	
Inovação de mercado		Clientes como coprodutor	Inovação através dos serviços	
Inovação <i>ad hoc</i>	Opções tecnológicas	Inovações tecnológicas	Inovação paradigmática	

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2016).

A partir desses tipos de inovações propostas, pôde-se perceber que a literatura desenvolvida a começar de Gallouj e Weinstein (1997) passou a desvincular-se de quatro aspectos-chaves que permearam trabalhos anteriores: (1) o desprendimento da abordagem tecnológica de Barras (1986); (2) o excessivo enfoque dado às características peculiares dos serviços que a abordagem da demarcação fornecia; (3) reforçou a abordagem integradora de

Gallouj e Weinstein (1997) e, com isso, alinhou-se à nova lógica econômica que as economias apresentam: englobar em um mesmo aspecto tanto manufatura quanto serviços; (4) englobou serviços e manufatura, também, começou a romper com a grande influência da economia clássica, visto que esta subestima o papel dos serviços.

Portanto, verificadas as evoluções conceituais dos tipos de inovação, foi possível detectar que esses tipos de inovação em serviços, isoladamente, são menos poderosos do que se fossem combinados. Isso ocorre devido ao fato de que, para a inovação em serviços ocorrer, necessita-se de uma série de variáveis que serve de base para o desencadeamento do fenômeno. Talvez, nesse sentido, o exemplo mais conhecido seja o serviço de prestação de energia elétrica. Thomas Edison inventou, primeiramente, a lâmpada elétrica. Entretanto, como era uma mudança de paradigma, isto é, anteriormente, as casas dos cidadãos eram iluminadas por velas, ele precisou criar também as redes de transmissão de energia para que, de fato, sua inovação pudesse entrar em prática e, por conseguinte, levar luz elétrica para as casas americanas. Com isso, verifica-se que, com a mudança de paradigma, há uma inovação totalmente nova, pois se desprende dos conceitos anteriormente empregados, já que Thomas Edison não inventou uma vela que derretesse mais lentamente ou uma vela que não derretesse, ele mudou o conceito de iluminar casas, então, inventando não só a lâmpada elétrica, mas, também, a rede de transporte. Portanto, nesse célebre exemplo, percebe-se que podem ocorrer combinações dos tipos de inovação, em que umas suportam as outras reforçando para o aumento de novidade incluída no serviço.

## **2.6 Inovação em Serviços Quanto ao seu Grau de Novidade**

Aliadas aos tipos de inovação vêm à tona questões relacionadas à classificação dessas e isso se dá a partir do grau de novidades envolvidas nas divisões propostas. Após essa interpretação, diversos autores abordaram inovações em serviços a partir do grau de novidade envolvido, tais como Gallouj e Weinstein (1997), Sundbo (1997), Gallouj (1994), Gallouj e Savona (2009), entre outros. Gallouj e Weinstein (1997) e Gallouj e Savona (2009) convergem quanto às classificações: inovação radical (criação de produtos totalmente novos, com características absolutamente distintas dos produtos anteriores), inovação de melhoria (alteração de alguma característica do produto para melhor, sem alterar o sistema como um todo), inovação incremental (substituição ou adição gradual de uma determinada característica técnica ou competência), inovação *ad hoc* (uma solução particular apresentada por um

determinado cliente), inovação por recombinação (criação de novos produtos a partir de diferentes combinações de características), inovação por formalização (processo de nomear um determinado serviço e organizar sua sequência).

Já os demais propõem distintos tipos de inovação diferenciados em função de sua intervenção nas características ou nas competências citadas, aliada ao grau de novidade envolvido. Sundbo (1997) classifica em: inovação radical (grande mudança), escala alta de inovações incrementais (altas taxas de mudanças graduais), escala baixa de inovações incrementais (pequenas taxas de mudanças graduais), atos gerais de aprendizado (toda a organização, ou a maior parte dela, adquire a mesma *expertise*), atos individuais de aprendizado (alguns indivíduos na organização adquirem a mesma *expertise*). Por fim, Gallouj (1994) aponta a classificação para: *ad hoc* (processo de construção de solução para um problema específico), antecipatória (novo campo do conhecimento ou *expertise* a ser explorado), formalizada (conjunto de mecanismos que ajudam a definir contornos do serviço com certo grau de tangibilidade). Abaixo, apresenta-se o Quadro 5 com as propostas resumidamente.

**Quadro 5** - Inovação em serviços e suas classificações

Gallouj (1994)	Gallouj e Weinstein (1997)	Sundbo (1997)	Gallouj e Savona (2009)
<i>Ad hoc</i>	Inovação radical	Inovação radical	Inovação radical
	Inovação de melhoria	Escala alta de inovações incrementais	Inovação de melhoria
Antecipatória	Inovação incremental	Escala baixa de inovações incrementais	Inovação incremental
	Inovação <i>ad hoc</i>	Atos gerais de aprendizado	Inovação <i>ad hoc</i>
Formalizada	Inovação por recombinação	Atos individuais de aprendizado	Inovação por recombinação
	Inovação por formalização		Inovação por formalização

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2016).

Assim, após a apresentação das classificações da inovação em serviços, individuou-se, mais uma vez, a falta de consenso na literatura. Por exemplo, além dos autores supracitados, Avlonitis et al. (2001) identificaram dez tipologias quanto ao grau de novidade envolvido. Já Garcia e Calantone (2002) identificaram 15. Sem mencionar que diversos outros rótulos são

usados para identificar tais classificações, tais como radical, descontínua, nova para mundo, incremental, evolucionária, de reposição, pequenas modificações, mudanças de estilo, entre outros. Isso contribui para sedimentar lacunas na temática, haja vista que a falta de consenso contribui para o atraso perante a inovação em serviços.

Portanto, verificado o arcabouço teórico que permite ter o entendimento acerca do tema, bem como sua diversidade de conceituações, o que advém da complexidade do fenômeno, parte-se para outro tópico que permeia o presente trabalho: os *drivers* da inovação, ou direcionadores.

## **2.7 Drivers da Inovação em Serviços**

Empresas aplicam padrões de inovação que variam consideravelmente de acordo com as variáveis apresentadas pela organização e pelo ambiente no qual ela está inserida. Para entender esses padrões, é necessário voltar-se para os relatórios e levantamentos da SI4S. Os relatórios apontam que, em geral, existem *drivers* ou forças direcionadoras que moldam os padrões de inovação em empresas de serviços. Esses *drivers* podem ser internos ou externos (HAUKNESS, 1998; SUNBO; GALLOUJ, 1998; VARGAS, 2002; CHEN; TSOU; HUANG 2009).

Os *drivers* internos consistem em forças que orientam a empresa rumo à inovação. Segundo a literatura de pesquisa, foi possível identificar quatro variáveis que compreendem os *drivers* internos: cultura organizacional, estratégias, capital humano e pesquisa e desenvolvimento. A cultura organizacional consiste no sistema de valores, crenças e pressupostos ocultos que os membros de uma organização têm em comum (MIRON; EREZ; NAVEH, 2004). Para Knox (2002), uma organização inovadora sustenta-se, principalmente, pela cultura organizacional, pois a habilidade de inovar recai sobre as habilidades e atitudes de pessoas que trabalham em determinada organização. Ahmed (1998) corrobora afirmando que a cultura organizacional pode ser vista como um dos determinantes da inovação, uma vez que possui elementos que podem servir para reforçá-la ou inibi-la. Mais especificamente nos serviços, Berlowitz et al. (2003) abordam que uma cultura organizacional voltada para a inovação em equipe propicia diversas melhorias para as firmas.

Além da cultura organizacional, a literatura aponta que uma das variáveis que compreendem o ambiente interno se dá pelas estratégias ou pela direção que a firma deve



desenvolver para atingir determinados objetivos que satisfaçam suas aspirações. Isso inclui ideias de atividades de inovação, ou ao menos o estabelecimento de algumas limitações dessas atividades. Nesse sentido, a inovação é também determinada pela situação estratégica da firma, caracterizando-se como um paradigma estratégico, pois a enfatiza como um dos determinantes da inovação (SUNDBO, 2006). Dessa forma, a segunda variável que compreende o ambiente interno, a estratégia da firma, que estabelece o quadro segundo o qual as inovações devem ser desenvolvidas e, também, trabalha como uma inspiração para a inovação, pois transmite aos colaboradores o que os clientes de fato querem e como os recursos particulares da firma realmente são (TOIVONEN; TUOMINEN, 2009).

A terceira variável correspondente ao ambiente interno, capital humano, diz respeito ao fato de que o pessoal e suas habilidades, de igual modo, são importantes fontes de inovação no setor de serviços, pois o processo de inovação emprega funcionários em contato com os clientes (SUNDBO; GALLOUJ, 1998; PIRES; SARKAR; CARVALHO, 2008). Primeiramente, porque esses são a ligação entre os clientes e a organização, ou seja, são os que primeiro reconhecem as necessidades desses clientes, sendo, portanto, a *core* dessa conexão (TOIVONEN; TUOMINEN, 2009; SUNDBO; SUNDBO; HENTEN, 2015). Além disso, outro fator preponderante frente aos funcionários tange às suas relações com as tecnologias. Segundo Grilliches (1960), a implementação de novas tecnologias requer funcionários com treinamento adequado e habilidades necessárias para fazer uso delas. Dessa forma, os funcionários desempenham papel fundamental na criação de inovação no setor de serviços.

Assim, finalizando as variáveis que compreendem o ambiente interno, a literatura suporta, ainda, que pesquisa e desenvolvimento desempenham papel importante frente ao fenômeno, tornando-se a quarta variável da esfera “ambiente interno”. Nesse caso, pesquisa e desenvolvimento consistem nos departamentos formalizados de pesquisa e desenvolvimento, ou outro tipo de departamento formalizado que tenha a responsabilidade de garantir que as inovações irão ocorrer (SUNDBO; GALLOUJ, 1998). A literatura argumenta que o investimento em departamentos de P&D é fonte de inovação para as firmas e que os gastos feitos com esse departamento estão positivamente relacionados às vendas advindas da introdução de novos serviços (KLEINKNECHT; MOHNEN, 2002; THOMKE, 2003).

Os *drivers* externos, por sua vez, consistem em duas forças: as trajetórias e os atores. As trajetórias são ideias e lógicas que são difundidas mediante um sistema social, dando um

caráter padronizado ou uma direção para a inovação (HAUKNESS, 1998). Nesse sentido, a importância das trajetórias é baseada na ênfase das ideias e lógicas por trás desses padrões. Se, de alguma forma, fosse possível sintetizar esse conceito, ele poderia resumir-se em: “o que fazemos e como fazemos”. A partir disso, é possível verificar dois tipos possíveis de trajetórias: tecnológicas e trajetórias institucionais (HAUKNESS, 1998; SUNDBO; GALLOUJ, 1998).

A trajetória tecnológica consiste em repetir a resolução de problemas cotidianos determinados pelo paradigma e pode ser representada pelo movimento de *trade-offs* entre as variáveis tecnológicas que o paradigma considera relevante (DOSI, 1982). Essa visão paradigmática de trajetórias tecnológicas foi introduzida, no contexto industrial, no pós-guerra (CASTELLACCI, 2008). Entretanto, superada a visão tradicional de Baumol (1967), que definia serviços como retardatários em termos de produtividade, setores de serviços relacionados à emergência e difusão de tecnologias de informação e comunicação estão demonstrando um grande dinamismo, dessa forma, dando a conhecer que serviços estão intimamente relacionados com o surgimento de novos paradigmas tecnológicos caracterizado pela penetração e pelo potencial de crescimento das TICs (CASTELLACCI, 2008). Nesse sentido, todo o emprego das tecnologias, ao longo do tempo, torna-se relevante para o desenvolvimento dessa variável e, conseqüentemente, também, contribui para a inovação em serviços (OECD-EUROSTAT, 1997; PILAT, 2000; CAINELLI; EVANGELISTA; SAVONA, 2004; CAMACHO; RODRIGUEZ, 2005; PIRES; SARKAR; CARVALHO, 2008).

A trajetória institucional descreve a tendência de evolução das regulações e das instituições políticas e públicas, bem como o desenvolvimento das regras sociais e convenções que regem a sociedade (NELSON; WINTER, 1977; BERGER; LUCKMANN, 1978; DOSI, 1982; SUNDBO; GALLOUJ, 1998). Essa trajetória se remete às instituições formais e informais construídas pelo homem, em um determinado ambiente, ao longo de sua história, portanto, é determinada pelo fato de que a existência humana decorre de fatores como ordem, direção e estabilidade (BERGER; LUCKMANN, 1978). Berger e Luckmann (1978) abordam, ainda, que o *Homo sapiens* é sempre e, na mesma medida, *Homo socius*, ou seja, a formação social depende da formação do “eu” e seu contínuo desenvolvimento com o processo social, assim, perfazendo uma dialética em que o homem é condicionado pela sociedade e, ao mesmo tempo, construtor dessa sociedade. Dessa maneira, essa construção

social da realidade se constitui em aspectos formais e informais, construindo uma trajetória institucional, o que se reflete nas firmas. Nesse âmbito da trajetória institucional proposta por Sunbo e Gallouj (1998), pode-se auferir que se constitui na construção das leis e da constituição de um determinado Estado, na cultura, nos costumes, nos aspectos religiosos, nos tabus e nas tradições do seu povo (BERGER; LUCKMANN, 1978).

Já na segunda força que permeia os *drivers* externos, os atores, pode-se verificar que são pessoas, empresas, organizações cujos comportamentos têm importância para a venda dos serviços da empresa em questão e, portanto, também, para suas atividades inovadoras. Esses parceiros de negócios surgem a fim de ajudar as firmas a complementarem seus recursos, pois, para inovar, a empresa necessita superar barreiras, alcançando economias de escala e escopo, posições de lideranças anteriormente ocupadas por firmas tradicionais, bem como o conhecimento de seus clientes (MOORE, 1993). Para tanto, estabelecer e manter boas relações com seus parceiros de negócio tende a melhorar a *performance* da inovação, dando às firmas informações em tempo real sobre as mudanças ambientais, as expectativas e os modelos de consumo, pois os atores definem as possibilidades de mercado, assim, sendo envolvidos no processo de inovação (KANDAMPULLY, 2002; HSUEH; LIN; LI, 2010). Dessa forma, pode-se dizer que há três atores envolvidos nessa segunda variável do ambiente externo: competidores, clientes e fornecedores.

Os competidores são atores fundamentais na esfera da inovação em serviços. Ao mesmo tempo em que as empresas competem entre si, elas também oferecem entre si serviços, desse modo, interagindo em uma forma de cooperação, o que contribui para o processo de inovação (SUNDBO; GALLOUJ, 1998). O uso de alianças com competidores torna-se necessário quando se visa adquirir novas tecnologias ou habilidades refletidas no comprometimento e na capacidade de cada parceiro em absorver as variáveis uns dos outros (HAMEL; DOZ; PRAHALAD, 1989).

Na esfera dos clientes, tem sido argumentado que esses desempenham um importante papel no desenvolvimento de inovação em serviços (HAUKNES, 1998; HERTOOG, 2002). E isso se deve ao fato de que a qualidade da prestação de serviço depende da interação dos prestadores dos serviços e o cliente, pois, na tentativa de produzir um serviço, a firma desenvolverá novas combinações de conhecimentos baseados no próprio conhecimento organizacional e, também, a partir do conhecimento retirado de seus clientes (LEIPONEN, 2006).

No que tange aos fornecedores, em muitos setores, eles são importantes fontes de tecnologia, conhecimento e, por conseguinte, obtenção de valor e vantagem competitiva. Para o fenômeno da inovação, eles também desempenham um importante papel (HILDAGO; D'ALVANO, 2014), pois habilitam as firmas a entenderem melhor as necessidades e os desejos de seus usuários, assim como promovem um melhor aproveitamento das oportunidades (ANDERSON; CROCCA, 1993; SINKULA, 1994) promovidas pela íntima colaboração da sua respectiva cadeia de valor.

Por fim, somaram-se ao proposto três novas variáveis de controle devido à sua recorrência na literatura de inovação em serviços: localização, tempo de existência da firma e tamanho. A localização da empresa foi percebida como importante a partir dos resultados obtidos pelo trabalho de Martínez-Ros e Orfila-Sintes (2009). Além disso, a necessidade da dependência de agentes externos à firma corrobora essa variável de localização, ou seja, a literatura em muito suporta a ideia de que, para inovar, depende-se das ramificações da empresa e nisso se incluem parceiros de negócios, clientes, funcionários, competidores, consultores, laboratórios, universidades e governos. Se determinada empresa está inserida em um contexto em que todos os parceiros da ramificação não contribuem de forma satisfatória, inovar tornar-se-á um trabalho difícil e árduo (PILAT, 2000; CAMACHO; RODRIGUEZ, 2015).

Ademais, pode-se inferir que o tempo de existência tem um efeito positivo sobre o aprendizado organizacional e a *performance* e, por consequência, sobre a inovação (AIKEN; HAGE, 1971; PIERCE; DELBECQ, 1977; HITT; HOSKISSON; KIM, 1997; SØRENSEN; STUART, 2000; TIDD; BESSANT, 2009). Segundo Sørensen e Stuart (2000), a experiência e as competências organizacionais fornecidas pelo tempo de existência da empresa ajudam-na a desenvolver operações mais eficientes, incluindo aquelas relacionadas à inovação. Dessa forma, a imaturidade da organização pode ser um obstáculo para o desenvolvimento da inovação devido ao fato de que as capacidades se relacionam diretamente com a experiência da empresa (JIMÉNEZ-JIMÉNEZ; SANZ-VALLE, 2011).

Quanto ao tamanho da firma, há uma positiva correlação do seu tamanho com sua capacidade de inovação (BECHEIKH; LANDRY; AMARA, 2006; TIDD; BESSANT, 2009; VERGORI, 2014). Tal correlação advém de duas hipóteses que competem quando se trata dessa relação entre as temáticas (BECHEIKH et al., 2006). A primeira baseia-se em que as pequenas firmas são mais inovadoras porque possuem melhor capacidade de adaptar seus

produtos às necessidades dos seus clientes, assim como têm melhor capacidade de reação perante as mudanças ambientais. Já a segunda hipótese baseia-se na ideia de que as grandes firmas possuem mais recursos para investir na inovação, beneficiando-se das economias de escala na produção, entrega, *marketing* e de gestão, ao contrário das pequenas firmas, que não contam com esses recursos em grande escala para aplicar no desenvolvimento das inovações (COMANOR, 1967; SCHERER, 1991; PIRES; SARKAR; CARVALHO, 2008; AMARA; LANDRY; DOLOREUX, 2009).

Dessa forma, essas variáveis, segundo a literatura pesquisada, compreendem a inovação em serviços e orientam a empresa rumo a um, possível, desempenho superior. Esse possível desempenho superior se dá devido ao amplo reconhecimento do papel da inovação como fonte de vantagem competitiva (SCHUMPETER, 1911; JIMÉNEZ-JIMÉNEZ; SANZ-VALLE, 2011) e esse fenômeno não é diferente para os serviços (MCDERMOTT; PRAJOGO, 2012).

## **2.8. Inovação em Serviços e o Desempenho da Firma**

A inovação ajuda as firmas a lidarem com o ambiente de incertezas e altamente competitivo, sendo um dos fenômenos de obtenção de vantagem competitiva e sucesso em ambientes dinâmicos (BAKER; SINKULA, 2002; DARROCH; MCNAUGTON, 2002; LYON; FERRIER, 2002). Para sobreviverem nesse ambiente schumpeteriano de alta complexidade e rápidas mudanças, as firmas necessitam ter a capacidade de inovar para responder, o mais rápido possível, a esses desafios de forma com que se consiga aproveitar as oportunidades de mercados e, como consequência, apropriar-se de um desempenho superior frente às firmas não inovadoras (MILES et al. 1978; BROWN; EISENHARD, 1995).

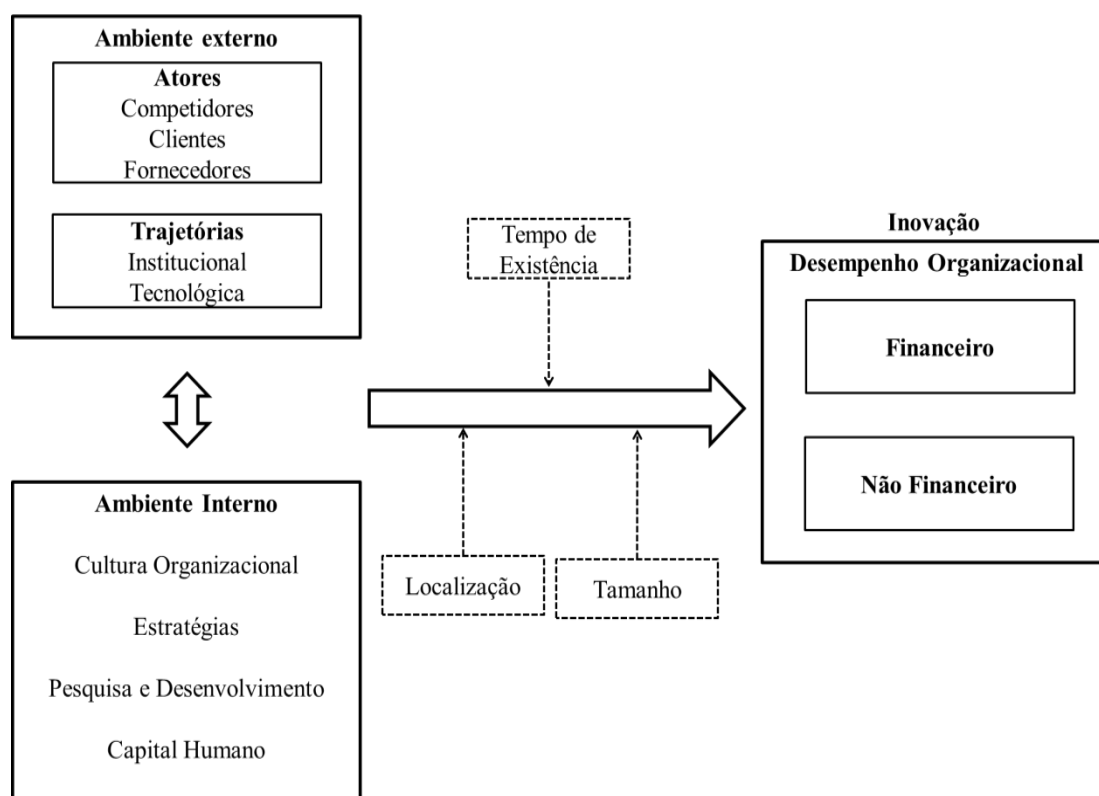
Estudos empíricos apontam que a relação entre inovação e desempenho é positiva (DAMANPOUR; EVAN, 1984; DAMANPOUR, 1991; CAVES; GHEMAWAT, 1992; BIERLY; CHAKRABARTI, 1996; ROBERTS, 1999; SCHULZ; JOBE, 2001; THORNHILL, 2006). Entretanto a inovação é custosa e apresenta riscos conforme a sua realização, podendo levar a firma a ter resultados negativos (SIMPSON; SIGUAW; ENZ, 2006). Nesse sentido, ao estudar inovação em serviços, faz-se necessário verificar o impacto que esse fenômeno aporta na firma, que é obtido por meio da análise do desempenho organizacional.

Dessa forma, segundo Škrinjar, Bosilj-Vukšić e Indihar-Štemberger (2008), o desempenho organizacional consiste no resultado da medição das metas e resultados de uma determinada firma, habilitando-a a gerir suas respectivas áreas. Muito embora se tenha, por algum tempo, feito essa medição a partir de indicadores financeiros, a firma atual, devido à sua ampla gama de variáveis adquiridas com a complexidade do ambiente hodierno, não deve ser avaliada de forma isolada por indicadores financeiros (ŠKRINJAR; BOSILJ-VUKŠIĆ; INDIHAR-ŠTEMBERGER, 2008). Isso abriu novas perspectivas, adicionando, também, medidas de desempenho não financeiras. Dessa forma, para analisar o desempenho da firma perante a inovação em serviços se utiliza indicadores financeiros e não financeiros, assim, promovendo uma análise mais abrangente do desempenho organizacional (AVLONITIS; PAPASTATHOPOULOU; GOUNARIS, 2001; GOUNARIS; PAPASTATHOPOULOU; AVLONITIS, 2003).

Analisar o desempenho financeiro perante a inovação em serviços não é trivial. No início do século XX, Schumpeter (1911), ao explicar o fenômeno da inovação no setor industrial, propôs que a inovação seria uma catalisadora de lucros extraordinários para a firma e, conseqüentemente, de desempenho superior para a firma inovadora. De certa forma, mesmo com o passar do tempo e com as mudanças econômicas, esse conceito se perpetuou e essa ideia também se reflete no setor de serviços. Com isso, pode-se anuir que o desempenho financeiro se caracteriza por como as firmas usam seus ativos a partir de modos primários de negócios para gerar receitas (CHEN; TSOU; HUANG, 2009), assim, refletem o cumprimento dos objetivos econômicos da firma (VENKATRAMAN; RAMANUJAM, 1986).

Como mencionado em precedência, explicar o desempenho organizacional superior apenas a partir de indicadores financeiros consiste em uma visão parcial devido ao leque de variáveis organizacionais que a empresa foi adquirindo ao longo do tempo, bem como quanto à complexidade ambiental que hoje se instaura na realidade organizacional. Nesse sentido, segundo Blazevi e Lievens (2004), o desempenho não financeiro se caracteriza como um objetivo operacional de longo prazo e que tem como alguns objetivos aumentar a lealdade dos clientes, assim como atraí-los, aumentando a imagem e a reputação da firma (KAPLAN; NORTON, 1996; SAINT-ONGE, 2002). Desse modo, um serviço inovador contribui para o desempenho não financeiro e, por conseguinte, aumenta o desempenho organizacional (AVLONITIS; PAPASTATHOPOULOU; GOUNARIS, 2001).

**Figura 2** - Inovação em serviços e o desempenho organizacional



**Fonte:** Adaptado de Sundbo e Gallouj (1998), Chen, Tsou e Huang (2009), Martínez-Ros e Orfila-Sintes (2009), Tidd e Bessant (2009).

Portanto, o modelo<sup>1</sup> utilizado (Figura 2) para o presente trabalho baseia-se na adaptação do modelo proposto por Sunbo e Gallouj (1998) e de Chen, Tsou e Huang (2009) para os *drivers* da inovação em serviços, somando-se as variáveis de controle "tempo de existência", "tamanho" e "localização" (COMANOR, 1967; SCHERER, 1991; PIRES; SARKAR; CARVALHO, 2008; AMARA; LANDRY; DOLOREUX, 2009; TIDD; BESSANT 2009; CIS, 2012). Esses *drivers* se aliaram ao constructo do desempenho organizacional que procura revelar como as inovações impactaram a firma (CHEN; HUANG; TSOU, 2009).

## 2.9. Medindo os Drivers da Inovação em Serviços e o Desempenho

A partir da revisão para elaborar o referencial teórico do presente trabalho, foi possível detectar que pouca literatura foi desenvolvida no que tange aos *drivers* componentes da inovação em serviços, o que significa que poucos autores trabalharam a temática. Com isso,

<sup>1</sup> Modelo geral. Pode haver a necessidade de adaptações conforme as especificidades de cada subsetor.

pôde-se levantar que Sundbo e Gallouj (1998) e Haukness (1998) realizaram trabalhos buscando entender, de forma direta, os *drivers* da inovação em serviço. Além desses autores, Fleuren, Wiefferink e Paulussen (2004) também trabalharam a temática dos determinantes da inovação, entretanto com uma diferença dos trabalhos de Sundbo e Gallouj (1998) e Haukness (1998): aplicados ao contexto hospitalar. Já Thakur e Hale (2013), ao comparar firmas americanas e indianas, levantaram percepções gerenciais a respeito dos fatores de sucesso e de fracasso da inovação em serviços, concluindo que existem *drivers* que habilitam a inovação em serviços e, conseqüentemente, que dificultam. Já Chen, Tsou e Hung (2009) examinam, teórica e empiricamente, a inovação na prestação de serviços, seus antecedentes e conseqüentes.

Nesse contexto, um detalhe ficou evidente: pouca literatura foi desenvolvida a respeito das variáveis que compõem o fenômeno da inovação em serviços. Isso é corroborado pelo fato de que, além dos estudos propostos por Fleuren, Wiefferink e Paulussen (2004), Chen, Tsou e Hung (2009), Thakur e Hale (2013), Haukness (1998), utilizaram-se do trabalho de Sundbo e Gallouj (1998) para desenvolver os seus *drivers*. Nesse sentido, a fundamentação para as medidas dos *drivers* da inovação partiu desse modelo proposto por Sundbo e Gallouj (1998).

Apesar de Sundbo e Gallouj (1998) apresentarem um modelo, verificou-se que ele se caracterizava por uma abordagem não fundamentada, ou seja, esses *drivers* não se subdividiam em categorias específicas para medir essas variáveis. Diante disso, tomando como base esse modelo, realizou-se uma nova busca na literatura, na tentativa de fundamentar os *drivers* que incidiam sobre a inovação em serviços. Essa busca não só permitiu identificar as variáveis que corroboravam a inovação em serviços, mas, também, atualizar o modelo inicial que foi tomado como base. Dessa forma, compilou-se esses achados, assim como os indicadores incluídos após a atualização, podendo sintetizar-se da maneira verificada no Quadro 6.

**Quadro 6** - Síntese dos componentes dos *drivers* da inovação em serviços

<i>Driver</i> Interno	Síntese dos indicadores	Autor(es)
Cultura Organizacional	Sistema de valores, crenças e pressupostos ocultos que os membros de uma organização compartilham	Ahmed (1998); Knox (2002) Tidd e Bessant (2009); Toivonen e Tuominen (2009); Hagedoorn e Myriam Cloudt (2003); Camisón Emonfort-Mir (2012); Yam



Estratégias	Direção que a firma toma para atingir seus objetivos	(2004); CIS (2012); Figueiredo (2009); Camisón Emonfort-Mir (2012); CIS (2012); Tidd e Bessant (2009); Lall (1992); Pavitt (1998); Kim (1999); Toivonen e Tuominen, (2009); Sundbo, Sundbo e Henten (2015); Grilliches (1960); Ostrom <i>et al.</i> (2010); Barbieri e Álvares (2004); Sundbo e Gallouj (1998)
Capital Humano	Habilidades dos empregados	
Pesquisa e Desenvolvimento	Departamentos formalizados de pesquisa e desenvolvimento	
<b>Driver Externo</b>	<b>Síntese dos indicadores</b>	<b>Autor(es)</b>
Trajectoria Tecnológica	Padrões tecnológicos empregados ao longo do tempo	Oecd-Eurostat (1997); Cainelli, Evangelista e Savona (2004); Pires, Sarkar e Carvalho (2008); Pilat (2000); Camacho e Rodriguez (2015); CIS (2012); Camisón Emonfort-Mir, (2012); Ray, Muhanna e Barney, (2005); Sircar, Turnbow e Bordoloi, (2000); Bharadwaj (2000); Chandler e Hanks, (1994)
Trajectoria Institucional	Incentivos promovidos pelo setor público Barreiras impostas pelo setor público Tabus, sanções, costumes, tradições e códigos de conduta da sociedade	Sundbo e Gallouj (1998); Dosi (1982); Nelson e Winter, (1977); Lundvall (2007); Durkheim (1977); Berger e Luckmann (1978); Sundbo e Gallouj (1998); Camisón e Monfort-Mir (2012); CIS (2012) Camacho e Rodriguez (2015); Lundvall (2007)
Competidores	Relação da firma com seus competidores	CIS (2012); Tidd e Bessant (2009); Hamel, Doz & Prahalad, 1989 (1989)
Clientes	Relação da firma com seus clientes	Tidd e Bessant (2009); Leiponen (2006); Ostrom <i>et al.</i> (2010)
Fornecedores	Relação com fornecedores	Tidd e Bessant (2009)
<b>Variáveis de Controle</b>	<b>Síntese dos indicadores</b>	<b>Autor(es)</b>
Tamanho	Receita da organização no ano	Tidd e Bessant (2009), CIS (2012); Amara, Landry e Doloreux (2009); Comanor (1967) Scherer (1991); Pires, Sarkar e Carvalho (2008)
Tempo de existência	Idade da organização	Tidd e Bessant (2009)
Localização	Localização da organização	Tidd e Bessant (2009); CIS (2012); Becheikh <i>et al.</i> (2006); Vergori (2014)
<b>Desempenho</b>	<b>Síntese dos indicadores</b>	<b>Autores</b>
Desempenho Financeiro	Vendas	Chiesa, Coughlan e Voss(1996); Schoenecker e Swanson (2002); Mongan, Vorhies e Mason (2009); Acur <i>et al.</i> (2010)
	Participação de mercado	Chiesa, Coughlan e Voss (1996); Morgan, Vorhies e Mason (2009)
	Lucros	Calantone, Cavusgil e Zhao (2002); Huang (2011)
Desempenho não financeiro	Aquisição de novos clientes	Kaplan and Norton (1996); Saint Onge (2002)

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Após a adaptação do modelo de Sundbo e Gallouj (1998), houve a necessidade de medir o desempenho organizacional para verificar o impacto dessas variáveis na firma. Com isso, utilizou-se o modelo de Chen, Huang e Tsou (2009) como base para o desempenho organizacional. O desempenho organizacional revela uma gama de estudos que apontam os indicadores base para avaliá-lo. Nesse sentido, este estudo foi pautado por indicadores financeiros e não financeiros. Os indicadores financeiros consistiram nos seguintes itens: vendas (CHIESA; COUGHLAN; VOSS 1996; SCHOENECKER; SWANSON, 2002; MORGAN; VORHIES; MASON, 2009; ACUR et al., 2010), participação de mercado (CHIESA; COUGHLAN; VOSS, 1996; MORGAN; VORHIES; MASON, 2009) e lucros (CALANTONE; CAVUSGIL; ZHAO, 2002; HUANG, 2011). Para retratar o desempenho não financeiro utilizou-se como indicador a aquisição de novos clientes (KAPLAN; NORTON, 1996; SAINT-ONGE, 2002).

Dessa forma, realizado esse procedimento, abriu-se a possibilidade de implantação desses indicadores ao objeto de estudo na tentativa de entender como esses *drivers* se comportavam em relação à inovação em serviços e, por conseguinte, no desempenho organizacional de um determinado ambiente.

### 3. OBJETO DE ESTUDO

#### 3.1 As Origens dos Hospitais

As palavras hospital, hotel e hospício advêm da língua latina e todas derivam da mesma origem: *hospitium*. *Hospitium*, em latim, significa um lugar para entretenimento de estranhos, hotel, alojamento, pousada, câmara para convidados (LEWIS; SHORT, 1958). Isso foi constituído porque, na Antiguidade, a palavra *hospitium* era atribuída, geralmente, a monastérios que tinham como intuito acomodar peregrinos. Entretanto, apesar da palavra atualmente empregada “hospital” ser derivada dos antigos monastérios cristãos, o surgimento do lugar para a cura de doenças é datado de tempos ainda mais remotos.

Segundo Retief e Cilliers (2005), há evidências de hospitais na antiga Mesopotâmia. Nesse sentido, tais evidências apontam que os físicos reais da antiga Assíria e Babilônia tomavam conta das doenças dos integrantes da Corte no que poderiam ser, provavelmente, hospitais elementares ou casa de cuidados. Outras fontes referem-se, também, a possíveis hospitais, na era Helenística, anexados aos templos egípcios, para a adoração do deus Saturno, localizados em Heliópolis, Menphis e Tebas (REINER, 1964). No entanto, nesse último caso, o termo provavelmente denotava uma acomodação para dormir (AITKEN; FULLER; JOHNSON, 1984).

Embora haja evidências, os cuidados primitivos da saúde foram associados, por muito tempo, aos templos Asclépios, considerando-os precursores dos verdadeiros hospitais (THOMPSON; GOLDEN, 1975). Esses templos Asclépios eram estruturas padronizadas que, usualmente, consistiam em amplas câmaras fechadas em três lados, orientadas para o Sol, abertas na sua orientação sul e com uma gama de pilares no estilo grego. Consistiam em salas de tratamentos, bibliotecas, casas de banho e latrinas e seus pacientes normalmente iam para lá a fim de sofrer uma incubação voltada para o sono. Esses sonos eram interpretados pelos padres, que, posteriormente, sugeriam o tratamento adequado. Portanto, hospitais, nos seus primórdios, realizavam tratamentos de natureza mística, mágica (RETIEF; CILLIERS, 2005).

Contudo, com o passar do tempo e chegando aos dias atuais, os avanços tecnológicos, sanitários, da medicina e da farmacologia, fizeram surgir uma complexidade que vai muito além da realidade que existia na época dos primeiros relatos sobre hospitais e, como consequência disso, também surgiu a necessidade de gerenciar toda essa gama de variáveis que envolvem a prática de prestar cuidados voltados para a saúde. Toda essa questão abre

diversas portas para o estudo de temáticas da área de gestão relacionadas ao ambiente hospitalar. Dessa forma, inovação é uma delas.

### 3.2 Inovação em Hospitais

É inegável a necessidade da inovação na maioria dos setores de negócios, mas parece ser ainda mais necessário no setor da saúde. Mudanças sem precedentes, tais como tecnologias da comunicação, aumento internacional da mobilidade de provedores de serviços e pacientes e o crescimento da participação do setor privado, estão criando, em âmbito global, um poderoso e urgente imperativo de exploração de abordagens alternativas para desenhar e gerenciar o ambiente hospitalar (RAUNER; HEIDENBERGER, 2002; RATHS, 2007; SMITH; CHANDA; TANGCHAROENSATHIEN, 2009). Apesar de ser um problema novo, ao longo da história, inovação e saúde caminharam juntas e eram praticamente indissociáveis (DJELLAL; GALLOUJ, 2005).

Se, por muitos anos, a inovação no setor hospitalar foi negligenciada pela ciência, atualmente, segundo Djellal e Gallouj (2005), a literatura de inovação em hospitais já pode ser dividida em quatro grupos de tamanhos variados e que adotam diferentes abordagens para o tema: hospitais como produtores de funções, hospitais como gama de capacidades tecnológicas e farmacológicas, hospitais como máquinas de processamento de dados e, por fim, como fornecedores de serviços complexos e *hubs* de sistemas de saúde.

No primeiro grupo, hospitais como produtores de funções, há uma literatura relativamente extensa (CONRAD; STRAUSS, 1983; AHERN, 1993). Sob o trabalho seminal de Arrow (1963), a disciplina de economia da saúde desenvolveu-se, inicialmente, pegando emprestadas ferramentas da teoria econômica clássica. Assim, hospitais eram representados por sua função de produção, pois essa abordagem não vê diferenças entre a produção de um motor de veículo e a produção de saúde.

O segundo grupo de estudos, hospitais como gama de capacidades tecnológicas e farmacológicas, tem o foco na inovação médica. Nesse sentido, busca compreender a introdução e/ou desenvolvimento de inovações tecnológicas, tangíveis ou intangíveis, ou inovações médicas no *core business* do hospital, nomeadamente provisão de cuidados médicos (DJELLAL; GALLOUJ, 2005; 2007). Dentro dessa abordagem, pode-se notar três subgrupos: o primeiro diz respeito às inovações biomédicas ou farmacológicas e que

consistem em novas drogas, substâncias químicas, etc.; o segundo trata das inovações médicas tangíveis, ou seja, a introdução de sistemas técnicos baseados em bens ou equipamentos utilizados para propósitos terapêuticos; o terceiro e último subgrupo se remete às inovações médicas intangíveis, compreendendo protocolos de tratamentos, diagnósticos ou estratégias terapêuticas, etc. (DJELLAL; GALLOUJ, 2007).

A terceira abordagem, a de hospitais como sistemas de informação, reduz hospitais à introdução de novas tecnologias da informação e da comunicação (GALLOUJ, 2002), conduzindo estudos ao desenvolvimento de, mais ou menos, sofisticadas tecnologias de informação aplicadas aos vários sistemas de gestão hospitalar (KALUZNY, 1974; STANBACK, 1987; SACHOT, 1989). Desse modo, o foco de análise desta abordagem consiste, primeiramente, nos impactos das tecnologias da informação nas diversas variáveis econômicas: qualidade, organização do trabalho, produtividade, etc.

A quarta e última abordagem, que foi o norte deste trabalho, é uma mudança paradigmática a partir de uma visão tecnicista para uma visão que dá grande ênfase ao serviço e às suas relações, internas e externas. Assim, o paciente não é simplesmente um “paciente”, no sentido literal da palavra, mas sim um consumidor de uma ampla e complexa gama de serviços e esforços que devem ser feitos para satisfazer as suas necessidades, assim como de toda sua família (DJELLAL; GALLOUJ, 2007). Dessa forma, inovação em hospitais não seria mais uma “caixa-preta”, tal como é na abordagem função de produção, na de capacidades tecnológicas e farmacológicas e na visão de hospitais como processadores de informação, mas sim uma gama de serviços que engloba atores inovando e desempenhando funções (DJELLAL; GALLOUJ, 2005).

Esse padrão de desenvolvimento da literatura criou diversas lacunas quanto ao entendimento do fenômeno, o que torna importante os estudos sobre essa temática. Uma dessas lacunas decorre da influência que Smith (1776), em “A Riqueza das Nações”, teve ao classificar serviços. Na época, serviços não representavam muito para o desenvolvimento de economias de estados que, na verdade, sustentavam-se com a manufatura e agricultura. Entretanto, com a mudança da lógica econômica, os serviços ganharam uma representatividade que merece um melhor entendimento, pois, de certa forma, isso influenciou o contexto de inovação nos hospitais.

A literatura da temática deu um amplo e extenso enfoque em hospitais como produtores de funções (CONRAD; STRAUSS, 1983; AHERN, 1993). Esse enfoque, advindo

do trabalho de Arrow (1963), pegou ferramentas provenientes da teoria econômica e aplicou-as no contexto hospitalar. Com isso, os hospitais eram representados por sua função de produção, ou seja, não haveria diferenças entre a produção de um carro e a de saúde. Essa visão positivista do fenômeno exclui diversas outras variáveis que o constituem.

Além disso, há outro fator que não define a real dimensão, qual seja, Djellal e Gallouj (2005) abordam que há uma tendência em subestimar a inovação em hospitais, pois, afinal de contas, é a inovação médica – cuidados técnicos e farmacológicos – que normalmente está no centro das investigações da área. Esse viés sobre a natureza da inovação advém da abordagem tendenciosa que os atores envolvidos nos fenômenos têm dado ao centralizar as atenções na profissão do médico, pois se sabe que os hospitais são organizações de serviços complexos que fornecem uma ampla gama de serviços, que também influenciam a qualidade dos cuidados sobre a saúde do paciente (DJELLAL; GALLOUJ, 2007).

### **3.3 Os Hospitais Brasileiros**

Segundo Bogue, Hall e La-Forgia (2007), o setor hospitalar brasileiro pode ser dividido em três segmentos: os hospitais públicos, hospitais privados trabalhando com o Sistema Único de Saúde e hospitais privados que não trabalham com o Sistema Único de Saúde. O primeiro segmento consiste em hospitais geridos pelos Governos Federal, Estadual ou Municipal e financiados por verba pública, sendo constituintes do sistema público de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS). O segundo segmento diz respeito aos hospitais privados que trabalham concomitantemente com o sistema público de saúde, ou seja, essas instituições são financiadas, em parte, publicamente, mas suas gestões são de cunho privado. Esses hospitais, na sua maioria, representam hospitais beneficentes e filantrópicos. O terceiro e último segmento consiste nos hospitais privados que não trabalham em parceria com o Sistema Único de Saúde, eles possuem fins lucrativos e são financiados e geridos pela iniciativa privada. Os seguros privados e planos de pré-pagamento representam a principal fonte de financiamento para essas instalações.

Nesse sentido, o setor hospitalar brasileiro pode ser caracterizado como diversificado e descentralizado, assim como, em geral, todo o setor de saúde (BOGUE; HALL; LA-FORGIA, 2007). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dados de 2016 apontam que o setor hospitalar é formado por, aproximadamente, 6.630 hospitais com

491.603 leitos. Desses, 30% são hospitais públicos; e os restantes 70%, privados. No tocante aos hospitais públicos, dos 30%, 21% são da esfera municipal; 8%, estadual; e 1% pertence à esfera federal. Quanto aos hospitais de cunho privado, dos 70% dos hospitais privados, aproximadamente 39%, de acordo com Paim et al. (2011), disponibilizam leitos pelo Sistema Único de Saúde mediante contratos com a iniciativa privada. Isso pode ser melhor visualizado no Quadro 7.

**Quadro 7** - Esferas de gestão dos hospitais brasileiros

<b>HOSPITAIS DO BRASIL</b>		
<b>Esfera</b>	<b>Números Absolutos</b>	<b>Percentual</b>
<b>Municipal</b>	1392	21%
<b>Estadual</b>	531	8%
<b>Federal</b>	66	1%
<b>Privados</b>	4641	70%
<b>Total: 6.630</b>		

Fonte: CNES - ABRIL (2016).

No Rio Grande do Sul, segundo dados fornecidos pelo Atlas Econômico da Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional do Estado, em 2013, essa unidade federativa contava com 377 estabelecimentos hospitalares distribuídos por 274 dos 496 municípios. Desses 377 estabelecimentos, 68% correspondiam a leitos provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), e os restantes 32%, a leitos fornecidos pela iniciativa privada. Somente na capital, Porto Alegre, havia 33 estabelecimentos, entretanto o estado conta com outros importantes núcleos, tais como Passo Fundo, Santa Maria, Caxias do Sul e Pelotas. Na sequência, no Quadro 8, são elencados tais dados em comparativo com os dados em âmbito nacional.

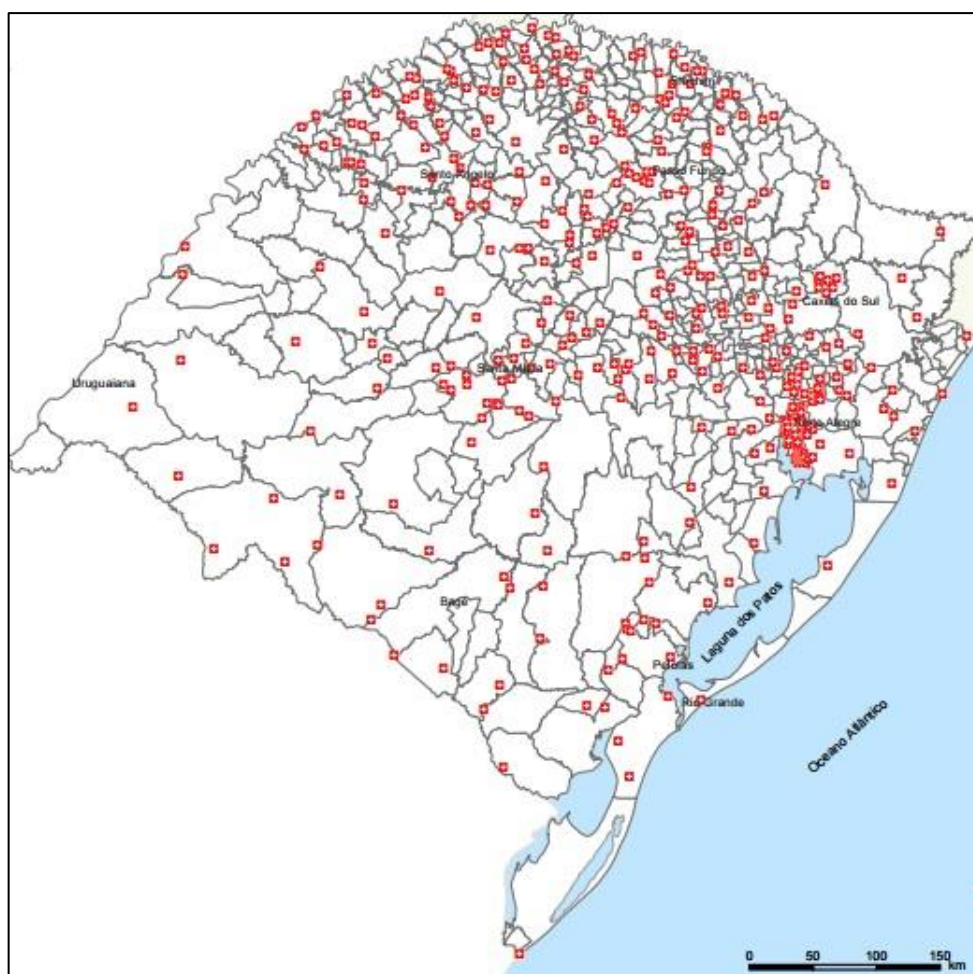
**Quadro 8**- Esferas de gestão dos hospitais brasileiros e gaúchos

<b>Unidade de Análise</b>	<b>Público</b>	<b>Percentual Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Percentual Privado</b>
<b>Brasil</b>	1989	30	4641	70
<b>Rio Grande do Sul</b>	256	68	121	32

Fonte: CNES - ABRIL (2016).

Com isso, para melhor visualização dos dados referentes à distribuição dos estabelecimentos hospitalares no Rio Grande do Sul verificados no Quadro 8, a Figura 3 apresenta o mapa do estado juntamente com a localização de cada um desses 377 hospitais.

**Figura 3** - Distribuição de estabelecimentos hospitalares no Rio Grande do Sul



**Fonte:** Atlas Econômico (2013).

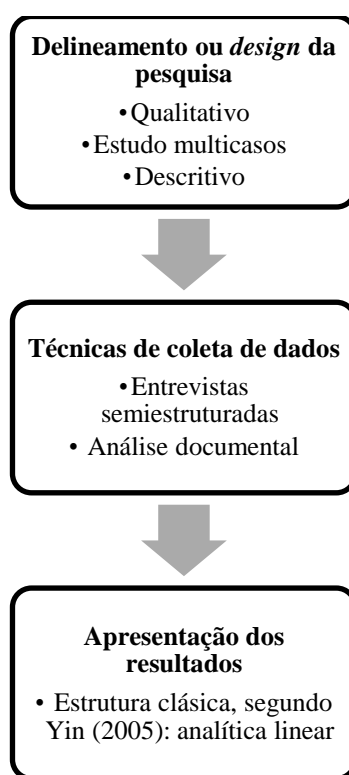
Apresentado o objeto de estudo, os pressupostos teóricos quanto ao suporte da realização do estudo em tela foram, por completo, descritos. Nesse sentido, o próximo passo delineado consiste na apresentação dos procedimentos metodológicos utilizados para a obtenção dos dados e, por conseguinte, para alcançar resultados consistentes. Sob tal perspectiva, a próxima seção descreve as diretrizes metodológicas.



## 4. MÉTODO

Uma metodologia científica bem-elaborada visa ser um guia para a solução do problema de pesquisa (COOPER; SCHINDLER, 2011). Com isso, nesta seção, delinea-se a pesquisa, definem-se os critérios de seleção das empresas, os procedimentos para a coleta de dados, o instrumento da coleta de dados e, por fim, como foram analisados os resultados. Assim, pode-se verificar na Figura 4 o resumo do processo metodológico desenvolvido para a obtenção dos resultados.

**Figura 4** - Resumo do processo metodológico desenvolvido



**Fonte:** Adaptado de Cooper e Schindler (2011).

### 4.1 Delineamento ou *Design* da Pesquisa

Uma das características que delineou o presente trabalho foi seu cunho qualitativo. Pesquisa qualitativa envolve a coleta sistemática, organização e interpretação do material contextual derivado de discursos ou observação. Esse tipo de pesquisa é usado na exploração de significados de fenômenos sociais experimentados por indivíduos, em seu contexto natural, objetivando fornecer profundidade e detalhes (KVALE, 1996; MALTERUD, 2001;

COOPER; SCHINDLER, 2011). Nesse sentido, pesquisas qualitativas são fundamentadas na compreensão da pesquisa como um processo sistemático, reflexivo e com o intuito de desenvolver o conhecimento para seu futuro compartilhamento. Com base nisso, o pesquisador deve estar preparado para questionar, interpretar, avaliar, pensar sobre o efeito do contexto e de polarizações, e, por fim, discutir os processos de análise (MALTERUD, 2001).

Visto que esta pesquisa procurou verificar como ocorre a gestão da inovação em hospitais do estado do Rio Grande do Sul, o estudo também se caracterizou como estudo de caso. A pesquisa que se molda em estudo de caso necessita centrar-se em descrever, entender, prever e/ou controlar o indivíduo (processo, animal, pessoal, grupo, organização, indústria, cultura, etc.) (WOODSIDE; WILSON, 2003) ou, em outras palavras: investigar empiricamente um fenômeno contemporâneo dentro de sua realidade, especialmente quando os limites entre fenômeno e seu contexto não estão evidentemente claros. De uma forma mais simples, Skinner (1966) definiu o estudo de caso como a metodologia que, ao invés de estudar mil ratos por uma hora cada, estuda um rato por mil horas.

Entretanto, como o objeto de estudo foi mais de um, verifica-se que o trabalho se enquadra na perspectiva de múltiplos casos. Segundo Yin (1993), a escolha por casos múltiplos é apropriada devido à sua possibilidade de replicação. Isso significa que dois ou mais casos devem ser incluídos em um mesmo estudo em virtude da possibilidade de obtenção de resultados semelhantes (replicação). Se esses resultados realmente ocorrerem para diversos casos, dar-se-á maior índice de confiança. Assim, o desenvolvimento de resultados consistentes pode ser considerado robusto, aumentando a precisão, validade, confiabilidade dos resultados por serem capturados pela essência holística do objeto estudado (NOOR, 2008).

Também, pode-se abordar que o presente trabalho delineou-se pelo cunho descritivo, pois visou descrever fenômenos ou características, neste caso, os *drivers* da inovação em serviços, associados a uma população-alvo. Geralmente, estudos descritivos têm como intuito responder às seguintes questões: quem, o que, quando, onde e como (COOPER; SCHINDLER, 2011).

Nesse sentido, para operacionalizar o estudo de múltiplos casos, necessitou-se determinar as definições constitutivas e operacionais utilizadas como linha teórica do trabalho. Isso se faz necessário devido ao fato de que a literatura de inovação em serviços é diversificada e foi construída tendo como bases conceitos paralelos, assim como a literatura

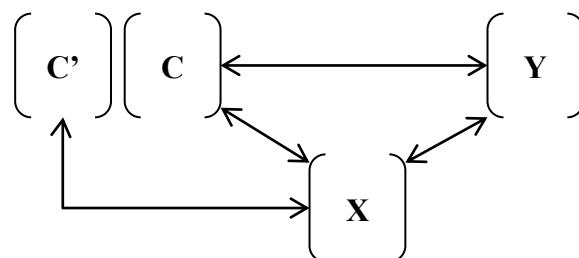
de hospitais. Nesse sentido, segundo Kerlinger (1980), a definição constitutiva define palavras com outras palavras, ou seja, são definições de dicionário usadas pelos cientistas. Por sua vez, as definições operacionais consistem em atribuir um significado a um construto ou variável, especificando as atividades ou operações para medi-lo ou manipulá-la.

Com isso, definiram-se os conceitos mais atuais:

1. Inovações são mudanças que afetam os sistemas de competências, as características técnicas e características finais de um determinado serviço (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997).
2. Hospital é prestador de uma ampla e complexa gama de serviços, sendo necessários esforços para satisfazer a necessidade do consumidor, assim como de toda a sua família (DJELLAL; GALLOUJ, 2007).

Quanto aos fenômenos, conceituando-os, necessita-se saber como operacionalizar tais definições. Como o intuito foi verificar como ocorre inovação e a literatura aponta que existem *drivers*, a definição operacional fundamentou-se em Gallouj e Weinstein (1997). Os autores definem os produtos, independente de serem bens ou serviços, como uma gama de vetores: características técnicas internas e externas, competências internas e externas e características finais. Dessa forma, a inovação pode ser refletida em mudanças desses vetores: adição, subtração, associação, dissociação ou, até mesmo, formatação. Esses vetores: C' são as competências do cliente; C, as competências do provedor do serviço; X, os fatores técnicos; e Y são as características finais. Abaixo, a Figura 5 elucida visualmente esses vetores.

**Figura 5** - Vetores características e competências



**Fonte:** Adaptado de Gallouj e Weinstein (1997).

## **4.2 Critérios para a Seleção dos Hospitais**

Os critérios para a seleção dos hospitais para participarem deste estudo constituíram-se em dois: estarem em localidades diferentes e a conveniência. O primeiro critério, estar em localidades diferentes, deveu-se ao fato de que a localização incide no processo de inovação em serviços (BECHEIKH et al., 2006; TIDD; BESSANT, 2009; CIS, 2012; VERGORI, 2014). Como explicado anteriormente, há uma necessidade haver bons agentes externos circundantes, isto é, para inovar, depende-se de parceiros de negócios, clientes, funcionários, competidores, consultores, laboratórios, universidades e governos. Se determinada empresa está inserida em um contexto em que todos os parceiros da ramificação não contribuem de forma satisfatória, inovar tornar-se-á um trabalho difícil e árduo (PILAT, 2000; CAMACHO; RODRIGUEZ, 2015).

O segundo critério deve-se ao fato de que se realizou contato com hospitais do universo pesquisado (estado do Rio Grande do Sul) para verificar a predisposição de uma possível participação no estudo. Como muitos dos primeiros contatados se abstiveram da participação, escolheu-se a amostragem por conveniência. Segundo Malhotra (2012), na amostragem por conveniência, os elementos são escolhidos de forma deliberada pelo pesquisador e com base em seu julgamento. Em um segundo momento, usou-se da amostra não probabilística por acessibilidade, que consiste na seleção, por parte do pesquisador, dos elementos aos quais tem acesso, admitindo-se que, de alguma forma, representem o universo amostral (MALHOTRA, 2012).

Nesse sentido, foram selecionados quatro hospitais que aqui são denominados Caso 1, Caso 2, Caso 3 e caso 4. Nas respectivas ordens aqui colocadas, os hospitais estão localizados em cidades da região metropolitana, região central, região da campanha e região centro-sul do estado do Rio Grande do Sul.

## **4.3 Procedimentos para a Coleta de Dados**

Como fonte de dados primários, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas baseadas em questionário aplicado aos gestores dos hospitais para que fosse possível descrever como se desenrolam os *drivers* da inovação nos hospitais em análise. Essas entrevistas foram agendadas com antecedência, de modo com que se respeitasse a individualidade do entrevistado, assim como houve esclarecimento a respeito da gravação dessas entrevistas e do

direito à privacidade. Igualmente, informou-se aos entrevistados de que eles poderiam indicar as suas respectivas salas de trabalho ou qualquer outro lugar em que se sentissem confortáveis para a realização dessas entrevistas. Segundo Duarte (2004), as entrevistas são primordiais quando se necessita verificar práticas, crenças, valores em universos sociais específicos em que os conflitos e as contradições não estejam explicitados. Isso permite que o pesquisador realize um mergulho em profundidade, coletando indícios de como os sujeitos percebem a realidade, o que permite que se descreva e compreenda a lógica do grupo social em análise. Ainda segundo Duarte (2004), realizar as entrevistas de forma adequada e com a rigorosidade exigida não é mais simples do que qualquer outro meio de levantamento de dados primários, talvez, seja até mais complexo, pois exige preparo teórico e competência técnica por parte do pesquisador.

Outra técnica que pauta o presente trabalho é a da análise documental dos hospitais pesquisados, objetivando dar maior sustentação aos resultados encontrados. Bardin (1979) aborda que a análise documental parte da utilização de documentos originais que ainda não receberam tratamento analítico, sendo uma técnica decisiva nas ciências sociais. Nesse sentido, trata-se de um método que objetiva eliminar, ao menos em parte, uma possível influência eventual do conjunto de interações, acontecimentos ou, até mesmo, comportamentos por parte do pesquisador.

Importante ressaltar que os dados coletados a partir dessas técnicas foram devidamente armazenados em um dispositivo de armazenagem (Hard Disk Externo) utilizado somente para esse fim, pelo período de cinco anos, e ficando em posse do pesquisador responsável de modo com que se garanta a segurança dos dados.

#### **4.4 Instrumento de Pesquisa**

Para elaborar o instrumento de pesquisa, realizou-se uma revisão da literatura frente aos *drivers* de inovação em serviços, visto que já se tornara claro os indicadores de inovação em serviços e desempenho organizacional. Com isso, percebeu-se que a literatura não apresentava especificidades do tema, ou seja, os *drivers* propostos por Sundbo e Gallouj (1998) não eram específicos quanto aos seus indicadores. Dessa forma, mediante a realização da revisão da literatura, de uma forma que abrangesse fatores que influenciassem a inovação em serviços, foram especificados os indicadores e adaptados a partir Sundbo e Gallouj (1998)

e Chen, Huang e Tsou (2009). Por meio dessa adaptação, somaram-se variáveis de controle (tamanho, tempo de existência e localização) encontradas na literatura.

O instrumento consistiu de indicadores de dois *drivers* que se subdividem em: internos e externos. Os *drivers* internos, portanto, consistiram em cultura organizacional, estratégias, capital humano e realização de pesquisa e desenvolvimento. Por sua vez, os *drivers* externos consistiram nas trajetórias tecnológica e institucional, assim como os atores envolvidos com a firma em questão: competidores, fornecedores e os clientes. A seguir, de forma que se retomem as ideias, o Quadro 9 especifica esses *drivers*.

**Quadro 9** - Componentes da inovação em serviços

<i>Drivers Interno</i>	<b>Fundamentação para indicadores de inovação em serviços baseados nos <i>drivers</i></b>	<b>Referências</b>
Cultura Organizacional	Encorajar o pessoal a pensar criativamente.	Shattow (1996)
	Promover um ambiente de liberdade e autonomia para o capital humano desenvolver inovações.	Amabile (1998); McLean (2005)
	Pessoal é acostumado a aceitar riscos.	Claver, Llopis, Garcia, e Molina (1998); Filipescu (2007)
Estratégias	Os gerentes percebem a inovação como um fator determinante no desenvolvimento da firma e estabelecem estratégias para desenvolvê-la.	Toivonen e Tuominen (2009); Tidd e Bessant (2009)
	A organização implementa mecanismos para analisar os novos desenvolvimentos tecnológicos e de mercado,	Tidd e Bessant (2009)
	A empresa busca deixar seus funcionários cientes sobre suas estratégias de ações de inovação.	Tidd e Bessant (2009)
Funcionários	Treinamento para atividades inovadoras e uso de novas tecnologias.	Camisón, Emonfort-Mir (2012); CIS (2012); Grilliches (1960)
	Funcionários sugerem ideias para melhores serviços e processos, sendo recompensados por isso.	Tidd e Bessant (2009); Ostrom et al. (2010)
	Grau de qualificação dos funcionários e como são feitos a seleção e o recrutamento.	CIS (2012); Camisón Emonfort-Mir (2012); CIS (2012); Lall, (1992); Pavitt (1998); Kim (1999)

Pesquisa e Desenvolvimento	Existência de centros de P&D e suas relações com instituições de pesquisa e/ou contratação de P&D externo.	Yam (2004), Figueiredo (2009); CIS (2012)
	Gastos com Pesquisa e Desenvolvimento.	Hagedoorn e Myriam Cloodt (2003); Camisón e Monfort-Mir (2012)
	Desenvolver atividades de P&D para criar novos conhecimentos com o objetivo de resolver problemas.	CIS (2012)
<b>Drivers Externos</b>	<b>Fundamentação para indicadores de inovação em serviços baseados nos drivers</b>	<b>Referências</b>
Tecnológico	Emprego de tecnologias ao longo do tempo, sendo essas compatíveis e/ou superiores com as da concorrência.	CIS (2012); Camisón e Monfort-Mir, (2012); Ray, Muhanna e Barney, (2005); Sircar, Turnbow e Bordoloi, (2000)
	Habilidades técnicas e de gestão das tecnologias.	Bharadwaj (2000); Chandler e Hanks (1994)
Institucional	Incentivos e barreiras impostas pelo setor público ao longo dos anos.	Sundbo e Gallouj (1998); Dosi (1982); Nelson e Winter, (1977); Lundvall (2007); Camisón e Monfort-Mir (2012); CIS (2012) Camacho e Rodriguez (2015);
	Tabus, punições, costumes, tradições e códigos de conduta da sociedade.	Durkheim (1977); Berger e Luckmann (1978);
Competidores	A empresa possui competidores em sua rede de parceiros, de modo com que compartilhe experiências.	CIS (2012); Tidd e Bessant (2009)
	A empresa compara sistematicamente produtos (serviços) e processos com os dos seus concorrentes.	Tidd e Bessant (2009)
Clientes	A empresa possui uma profunda compreensão das necessidades dos consumidores.	Tidd e Bessant (2009); Leiponen (2006)
	A empresa define o papel dos clientes e desenvolve métodos para incentivar o cliente a participar do processo da prestação de serviço.	Ostromet et al. (2010)
Fornecedores	A empresa mantém boas relações (ganho mútuo) com fornecedores.	Tidd e Bessant (2009)
	A empresa avalia seus fornecedores.	Winter e Lasch (2016)

<b>Variáveis de controle</b>	<b>Fundamentação para indicadores de inovação em serviços</b>	<b>Referências</b>
Tamanho	Receita aproximada do último ano financeiro.	Tidd e Bessant (2009), CIS (2012); Amara, Landry e Doloreux (2009); Comanor (1967) Scherer (1991); Pires, Sarkar e Carvalho (2008)
Tempo de existência	Média de idade da firma.	Tidd e Bessant (2009)
Localização	Local onde a empresa se situa.	Tidd e Bessant (2009); CIS (2012); Becheikh et al. (2006); Vergori (2014)
<b>Desempenho</b>	<b>Fundamentação para indicadores de desempenho da inovação em serviços</b>	<b>Referências</b>
Desempenho Financeiro	Variação das vendas.	Chiesa, Coughlan e Voss (1996); Schoenecker e Swanson (2002); Mongan, Vorhies e Mason (2009); Acur et al. (2010)
	Variação dos Lucros.	Calantone, Cavusgil e Zhao (2002); Huang (2011)
Desempenho Não Financeiro	Variação da aquisição de novos clientes.	Kaplan e Norton (1996); Saint-Onge (2002)

**Fonte:** Elaborada pelo autor (2016).

Além desses indicadores encontrados na literatura, utilizou-se Gallouj e Weinstein (1997) para determinar a inovação em serviços como uma alteração dos vetores técnicos e de competências, de forma com que se proponha valor ao usuário do serviço. Ademais, utilizaram-se os indicadores vendas, lucros e aquisição de novos clientes para avaliar o desempenho organizacional da firma (CHIESA; COUGHLAN; VOSS, 1996; CALANTONE; CAVUSGIL; ZHAO, 2002; SCHOENECKER; SWANSON, 2002; MONGAN; VORHIES; MASON, 2009; ACUR et al., 2010). Com isso, o instrumento foi delineado fazendo-se finalizado para a aplicação no objeto de análise.

#### **4.5 Análise dos Resultados**

Para a obtenção dos resultados foram realizadas entrevistas, que tiveram em média de 1 a 1 hora e meia de duração, com o gerente administrativo (caso 1), com o provedor (caso 2), com o diretor de controladoria (caso 3) e, por fim, com o gerente médico (caso 4). Os dados obtidos mediante as entrevistas foram devidamente armazenados em um banco de dados para adequada análise dessas fontes de informação. Todas as entrevistas foram gravadas e



transcritas para uma planilha desenvolvida a partir do roteiro de entrevistas, o que possibilitou uma estruturação coerente dos dados. Além disso, cabe ressaltar que esses dados foram armazenados em um dispositivo de armazenamento exclusivo para manter esses dados, ficando sob posse do pesquisador responsável, como já mencionado. A seguir, verifica-se detalhadamente no Quadro 10 os dados referentes à cada entrevista realizada

**Quadro 10** - Dados referentes às entrevistas realizadas

Cargo do entrevistado	Tempo no cargo	Duração da entrevista
Gerente Administrativo	7 anos	Aproximadamente 1 hora
Provedor	Aproximadamente 2 anos	Aproximadamente 1 hora
Gerente de Controladoria	7 anos	Aproximadamente 1 hora e meia
Gerente Médico	Aproximadamente 3 anos	Aproximadamente 1 hora

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2016)

Posterior a essa etapa, deu-se início aos relatos dos casos obtidos a partir das entrevistas semiestruturadas. Para isso, seguiu-se a estrutura linear clássica de relatos de estudos múltiplos-casos proposta por Yin (2005), isto é, apresenta-se cada caso individualmente de acordo com os indicadores da literatura proposta. Após a apresentação dos casos individuais, Yin (2005) aborda que é necessário relacioná-los. Para isso, na seção “análise dos resultados”, busca-se sintetizar essas relações e apresentar quadros sínteses de cada *driver* contendo seus indicadores, assim como os resultados obtidos por cada caso. Nesse sentido, tendo em vista todo o cenário metodológico até aqui abordado, a seguir, no Quadro 11, verifica-se o protocolo de pesquisa adotado para a realização do presente trabalho.

**Quadro 11** - Protocolo de pesquisa

Protocolo de Pesquisa	
<b>Base teórica</b>	De que maneira se dá a gestão da inovação em serviços nos hospitais do estado do Rio Grande do Sul?
<b>Design</b>	Estudo de casos múltiplos
	A escolha do objeto de estudo, hospitais, decorre do tratamento dado pela literatura a esse tipo de instituição prestadora de serviços, onde, por longo tempo, não haveria diferenças entre o serviço de saúde e a fabricação de um motor de carro, por exemplo.
	Levantou-se, na literatura, os <i>drivers</i> que direcionam a inovação em uma firma de serviços: cultura organizacional, estratégias, capital humano, pesquisa e desenvolvimento, trajetória tecnológica, trajetória institucional, competidores, clientes, fornecedores. Além disso, foram identificadas variáveis de controle, também consideradas importantes pela literatura: tamanho, tempo de existência e localização. Por fim, para atingir o objetivo, foi necessário verificar o desempenho organizacional, aqui retratado pelo desempenho financeiro e não financeiro.

<b>Seleção dos casos</b>	O critério para seleção dos casos foi a conveniência.
<b>Procedimentos e Funções do Estudo de Caso</b>	Primeiramente, realizou-se os procedimentos requeridos pelo Comitê de Ética em Pesquisa e, após esse trâmite, passou-se a lidar com as respectivas burocracias de cada hospital.
<b>Levantamento dos dados</b>	Indicadores pautados nos <i>drivers</i> propostos e suportados pela literatura.
	Elaborou-se uma planilha com o levantamento de diversos hospitais do estado do Rio Grande do Sul. Após, realizou-se um primeiro contato na tentativa de verificar a predisposição em participar do estudo. Se o hospital se mostrasse aberto ao estudo, dava-se início aos procedimentos burocráticos internos ao referido hospital.
	As entrevistas, dados, foram gravadas, transcritas e, posteriormente, armazenadas em um banco de dados, conforme os aspectos éticos envolvidos.
<b>Análise</b>	Os casos foram relatados nos moldes do relato de casos linear clássico, proposto por Yin (2005).

Fonte: Adaptado de Yin (2005).

#### 4.6. Ética da Pesquisa

Toda a pesquisa envolvendo seres humanos deve passar por um comitê em que se avalie tal pesquisa, de forma que se assegurem todos os aspectos éticos com o intuito de não haver prejuízo algum para os envolvidos. Isso se faz necessário para assegurar o respeito pela identidade, integridade e dignidade das pessoas, assim como a prática da solidariedade e da justiça social (CEPAS-FURG, 2016).

Nesse sentido, o presente estudo respeitou os requisitos éticos determinados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assim como foram cumpridas as diretrizes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no que tange ao direito à informação e à liberdade para desistir do estudo a qualquer momento. Além disso, todos os participantes da pesquisa tiveram conhecimento sobre esse termo (Apêndice B) com o intuito de formalizar o consentimento em participar da pesquisa, além de assegurar seus direitos de privacidade e liberdade de recusa em participar do estudo. Vale ressaltar que foi garantida a confidencialidade da pesquisa, de forma com que se mantivesse a privacidade dos dados e fosse garantido o direito à privacidade que os participantes possuem. Para isso, todos os participantes foram identificados de modo genérico, isto é, o indivíduo é identificado, ao longo do estudo, não pelo seu nome, mas por sua função, de modo com que se garanta a confidencialidade dos dados apresentados.

## 5. RESULTADOS

Os resultados subsequentemente retratados são apresentados de forma individual, pois cada caso retrata a realidade de um hospital dentro de uma amostra de quatro hospitais que fizeram parte deste estudo. Nesse sentido, a seção dos resultados está dividida em: caso 1, caso 2, caso 3 e caso 4. Após a exibição de cada um dos casos, apresenta-se a relação dos quatro casos na seção considerações finais.

Vale ressaltar, para fins de orientação, que os hospitais aqui retratados se caracterizam como hospitais de dois tipos diferentes: público e filantrópico. Por um lado, o caso 1 representa um hospital público, isto é, caracteriza-se como um hospital totalmente gerido pelo Estado. Por outro lado, os casos 2, 3 e 4 representam hospitais privados, entretanto, sem fins lucrativos, caracterizando-se como hospitais de cunho beneficentes e filantrópicos. Isso posto, passa-se aos resultados.

### 5.1 Caso 1

O hospital em questão deu início às suas atividades no ano de 1970, em uma cidade da região central do estado do Rio Grande do Sul, sendo parte integrante de uma instituição de ensino e, por isso, atua como um hospital-escola voltado para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa, assim como a assistência em saúde direcionada para a comunidade na qual está integrado.

Para realizar essas atividades, o hospital conta com 403 leitos (354 são da Unidade de Internação, e 49 leitos são da Unidade de Tratamento Intensivo), 58 salas de ambulatório, dez salas para atendimento de emergência. Além disso, conta com uma equipe composta por 169 docentes; 1.099 funcionários do Regime Jurídico Único (RJU); 706 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em nível de apoio, médio e superior; 597 funcionários de serviços terceirizados; e 2.255 alunos de graduação, estagiários, residentes, mestrandos e doutorandos. Com esse corpo de colaboradores, em 2015, o hospital conseguiu realizar 13.217 internações, 7.376 cirurgias no Bloco Cirúrgico, 16.022 pequenas cirurgias ambulatoriais, 2.355 partos, 162.588 consultas ambulatoriais, 27.645 consultas no Pronto Atendimento, 1.042.120 exames, totalizando 85 milhões de reais de receita.

Assim, para o mapeamento dos *drivers*, foi entrevistado o gerente administrativo do hospital, que está no cargo há 7 anos e, no ambiente do hospital, há 26 anos. A entrevista teve

duração de aproximadamente uma hora e levantou os *drivers* da inovação em serviços referendados na literatura deste trabalho. São eles: cultura organizacional, estratégias, funcionários, pesquisa e desenvolvimento, trajetória tecnológica, trajetória institucional, competidores, clientes e fornecedores. Além disso, levantou-se, ainda, o desempenho organizacional, visto que essa variável possui íntima relação com a inovação, fato também abordado no referencial teórico.

No âmbito da cultura organizacional, buscou-se verificar três aspectos que, segundo a literatura desenvolvida ao longo deste estudo, suportam um ambiente propício para o desenvolvimento de inovações. São eles: criatividade, liberdade (autonomia) e tomada de decisão. Nesse sentido, frente à questão da criatividade, verificou-se que o hospital apresenta uma estrutura engessada, em que se busca pouco, ou quase nada, aproveitar a criatividade do pessoal, isto é, apresenta ideias muito incipientes nessa questão. Isso pode ser percebido no relato do entrevistado:

“O hospital tem uma estrutura muito engessada, historicamente, ele é uma casa, um hotel onde se busca a saúde. Neste hotel, com o passar dos anos, principalmente nos hospitais públicos, a questão da hotelaria acaba ficando em segundo plano. De um tempo para cá, 4, 5, 6 anos para cá, estamos voltando para o lado de buscar na hotelaria alguma coisa diferenciada. E, nesse sentido, surgem algumas ideias de inovação, tu podes jogar um pouco a criatividade, mas posso te dizer: é algo muito incipiente ainda no âmbito dos hospitais.” (Gerente Administrativo)

Entretanto essa tendência não parece acompanhar os quesitos liberdade, autonomia e tomada de decisão. Há uma abertura para que o pessoal desenvolva esses quesitos no hospital, principalmente no tocante ao planejamento, pois como o hospital presta um serviço no qual não pode haver erros, o pessoal busca, consciente dos riscos inerentes à atividade, antever certas situações, recebendo determinadas liberdades para a tomada de decisão. Percebe-se essas características ao verificar o seguinte relato:

“Elas têm a precaução, porque sabem a repercussão que a falta de uma decisão pode causar. Essa tomada de decisão, dos funcionários do hospital, eu aprendi que ela acontece com mais frequência do que em outras estruturas organizacionais, onde a pessoa não tem aquela ideia imediata do tamanho da repercussão que a falta de decisão pode acarretar.” (Gerente Administrativo)

Dentro do *driver* estratégia, outra variável que influencia a inovação em serviços, pode-se verificar que a inovação também é tratada, de maneira geral, incipientemente, pois não existe um programa estratégico voltado propriamente para promover inovações e, com isso, os colaboradores não ficam cientes de estratégias específicas, tais como a importância de ter um pensamento voltado para inovação. O que ocorre é que o hospital concentra suas estratégias focalizando o papel da informação na prestação de serviços, de modo que facilite a

vida de paciente. Isso pode ser percebido no tocante à aquisição de *softwares* voltados para promover o bem-estar do paciente, tendo como exemplo disso a aquisição de um *software* que reduziu em 80% a incidência dos raios X em pacientes. No relato que segue percebe-se isso:

“Esse processo ainda é quase nulo. Ele precisa andar muito ainda. O hospital não tem essa clareza na estratégia. Isso ainda não é algo que consigamos dizer, com honestidade, que temos um trabalho. Tem-se alguma coisinha, mas é muito pouco. Mais voltada para a informação. Por exemplo, temos um *software* que reduziu 80% da exposição do paciente a determinado raio nos exames de tomografia e Raios X” (Gerente Administrativo)

Para realizar essas implementações tecnológicas, qualquer firma precisa analisar como estão desenvolvendo-se essas tecnologias e como o mercado está comportando-se quanto a isso. Desse modo, o presente caso busca, dentro do possível, modernizar-se tecnologicamente, mas com alguma dificuldade. Por ser um hospital público, ele apresenta recursos limitados, além de precisar passar por processos licitatórios quando se pretende realizar uma aquisição. Com isso, o hospital passa, muitas vezes, a avaliar o custo-benefício de determinada aquisição tecnológica e, frequentemente, acaba dando prioridade à compra de materiais, medicamento, etc., em detrimento das novas tecnologias, como se divisa no relato a seguir:

“Mas eu posso te dizer assim: com muita dificuldade, por exemplo, o hospital, como ele é público, qualquer compra de uma ferramenta tecnológica envolve processo licitatório e nós temos um grande fator complicador, quando eu tomo a decisão juntamente com a nossa equipe, vamos investir em uma ferramenta de gestão, vamos investir em uma ferramenta de informação, esse investimento concorre com medicamento, com material, e o que acontece? Como é um hospital público, a receita é muito escassa, então se acaba, muitas vezes, abrindo mão de um investimento maior.” (Gerente Administrativo)

No tocante ao *driver* funcionários, o hospital conta, como já citado, com uma equipe composta por 169 docentes; 1.099 funcionários do Regime Jurídico Único (RJU); 706 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) em nível de apoio, médio e superior; 597 funcionários de serviços terceirizados; e 2.255 alunos de graduação, estagiários, residentes, mestrandos e doutorandos. Excluindo os funcionários terceirizados, o restante ingressa para colaborar com o hospital mediante concurso público, além de vestibular para os alunos de graduação que realizam estágios no hospital e processos seletivos específicos para residência, mestrado e doutorado.

Quando um funcionário começa a fazer parte do corpo de colaboradores do hospital, são disponibilizados treinamentos, principalmente, no âmbito das novas tecnologias, para que possa manusear tais artefatos, de modo que seja possível extrair o devido potencial oferecido por ele. Para isso, o hospital, ao realizar compras de determinadas tecnologias, frequentemente, atrela ao produto a responsabilidade, por parte do fornecedor, de serem

prestados treinamentos adequados para o manuseio. Nota-se esse cenário por meio do depoimento a seguir:

“Sim. Hoje, em novas tecnologias, sim. Em nossos próprios processos de compra, atrelamos a cada compra de um determinado equipamento, a empresa fica responsabilizada de treinar um número “x” de pessoas. E essas pessoas serão multiplicadores naquela situação.” (Gerente Administrativo)

Além de treinamentos, outro tópico suportado nesse trabalho é a sugestão, por parte dos colaboradores, de novas ideias que contribuam para melhorar o produto (serviço), assim como os processos. O hospital aqui retratado apresenta um momento de avaliação, que é quando essas sugestões podem vir à tona. Nessa oportunidade, o funcionário é incitado a sugerir ideias que possam melhorar os processos dos quais ele participa, assim como sugerir ideias para processos que ele não participa, mas sobre os quais possui algum conhecimento a respeito. A partir do momento que o funcionário sugere determinada ideia, no *feedback*, ela é discutida e trabalhada para que se possa concluir se é viável ou não a implementação dela. Entretanto, apesar de haver incentivos para a sugestão de novas ideias que possam contribuir para a melhoria de processos, os funcionários não recebem algum tipo de recompensa por isso.

No âmbito do *driver* pesquisa e desenvolvimento, por ser um hospital-escola, realizam-se pesquisas, tanto internamente quanto por meio de parcerias externas, que contribuem para o desenvolvimento da instituição. No âmbito interno, o hospital, hoje, conta com aproximadamente 60 projetos de pesquisas que são desenvolvidos tanto por seu corpo médico quanto pelos alunos de graduação, residência, mestrado e doutorado. No âmbito externo, existem, por exemplo, parcerias com fábricas de medicamentos, laboratórios, etc. Para realizar essas atividades com empresas, o hospital, mediante um contrato, estabelece essa parceria, de modo que exista uma contribuição mútua e resulte em pesquisas que gerem benefícios para ambas as partes. Importante salientar que isso ocorre suportado por uma gerência de ensino e pesquisa, portanto, tendo um departamento formalizado de pesquisa e desenvolvimento.

Não obstante, o hospital conta com um orçamento restrito para realizar tais atividades, disponibilizando em média 2% do faturamento total para realizar investimentos em pesquisa e desenvolvimento. Contrariamente a esse cenário de restrição de orçamentos, a instituição consegue realizar pesquisas que visem resolver seus problemas. Um exemplo disso é a área energética, pois se conseguiu realizar estudos que buscaram avaliar a questão do consumo de

energia do hospital. Além disso, existem outras pesquisas com esse objetivo e que estão sendo desenvolvidas para buscar resolver problemas específicos do hospital.

No tocante à trajetória tecnológica, fica evidente que o hospital possuiu duas fases claras e distintas nessa questão. Até os anos 2000, um dos equipamentos mais sofisticados que o hospital possuía eram os Raios X. Nesse período, a prestação de serviços orientados à saúde era de forma intuitiva, quase sem o apoio de tecnologias, fazendo com que o médico fosse amparado somente por seu conhecimento ao diagnosticar e tratar os casos no seu cotidiano. Entretanto, a partir do ano 2000 até o presente momento, ocorreu uma evolução da medicina aliada ao desenvolvimento tecnológico, assim, tornando o serviço muito mais seguro, com isso, dando ao profissional a possibilidade de trabalhar com uma segurança muito maior ao lidar com a vida dos pacientes. Isso possibilitou ao médico obter os respaldos necessários por meio de novas práticas médicas e tecnologias voltadas para a saúde, assim, contrariando a fase anterior, quando se baseava somente em seus conhecimentos médicos. Há diversos exemplos disso. No hospital, hoje, não se trabalha mais sem o auxílio de um tomógrafo ou de uma ressonância, por exemplo. Portanto, as tecnologias desempenham um papel de relevância no apoio aos tratamentos médicos. E isso é o que corrobora o relato que segue:

“Assim, até o ano 2000, o equipamento mais sofisticado que nós tínhamos era o Raio X comum. De 2000 para cá, a evolução da medicina, por exemplo, tomou uma proporção muito maior. Hoje, tu não imaginas um hospital sem um tomógrafo, sem ressonância. Isso se incorporou ao fazer médico. Hoje, tu não vês mais um médico fazer diagnóstico se ele não tiver na mão uma tomografia, uma ressonância.” (Gerente Administrativo)

Ademais, outro fator preponderante frente à trajetória tecnológica é o aumento de poder de comunicação entre instituições. O hospital aqui retratado beneficiou-se dessa situação, então, criando uma rede que permite que seu pessoal troque informações com outras instituições de outras localidades. Essa rede promoveu um aprimoramento significativo atinente ao monitoramento do paciente, almejando fomentar a troca de informações entre os colaboradores frente aos casos que surgem de modo que se consiga trocar experiências, assim, facilitando tratamentos. Também, essas tecnologias possibilitaram a troca de informações frente aos processos licitatórios, de modo que se troque informações com o intuito de buscar melhores preços, assim como a obtenção de informações de fornecedores, tais como se o fornecedor supre adequadamente o que o hospital está à procura, se o material que ele fornece é de qualidade, entre outras informações.

Nesse sentido, não obstante as já citadas restrições impostas pelas condições financeiras, o hospital percebe que está inserido em um contexto de compatibilidade perante

seus concorrentes quando se comparam as tecnologias empregadas no seu ambiente com as deles, salvo algumas exceções que se apresentam em relação aos hospitais-referências no país, tais como o Sírio Libanês, Albert Einstein, entre outros. Com essa compatibilidade de tecnologias frente à média de hospitais aliada a essas restrições financeiras, há, também, uma preocupação com as tecnologias, visto que são muito caras, podendo acarretar custos adicionais ao hospital, dependendo de como são utilizadas. Por isso, há uma preocupação permanente com a capacitação para que os colaboradores possam fazer o uso adequado. Como apontado anteriormente, isso ocorre a partir de capacitações específicas, conforme o tipo de tecnologia em questão.

Por sua vez, no tocante à trajetória institucional, percebeu-se que, no âmbito das instituições formais, o papel do Estado se apresenta como mais um fator crucial para o desenvolvimento do hospital em questão. Foi detectado que, conforme a linha de atuação do governo, mudam-se as influências recebidas pelo hospital. Nesse sentido, divisou-se, com o passar do tempo, que um governo ideologicamente voltado para o Estado realizava maiores investimentos em hospitais públicos, enquanto um governo “liberal” enfocava os privados. Para o hospital, essa alteração de modos de realizar política é claramente perceptível e incide diretamente nos investimentos realizados pelo governo. Isso pode ser observado no relato que segue:

“Sentimos no hospital que, conforme os governos e as suas políticas de governo mudam, o reflexo no hospital é direto. Quando tu pegavas um governo que tem uma ideologia mais estatal, mais Estado, o hospital acaba sendo beneficiado, porque o investimento é maior no público. Quanto tu pegas um governo mais neoliberal, o investimento no privado é maior. Então, sentimos bem direitinho essa variação, independente da ideologia política, tu sentes nos governos sucessivamente essa alteração.” (Gerente Administrativo)

Na esfera das instituições informais, o hospital presa por estar sempre adequado à comunidade na qual ele está inserido, pois, quando o hospital inicia suas atividades em determinada localidade, ele passa a ser referência para a sociedade em questão. Por isso, há a preocupação com esse quesito. Exemplo disso se dá quanto às especialidades do hospital. O hospital em questão, provavelmente, não será uma referência para o tratamento de doenças tropicais, como no caso da febre amarela. Ele está situado em uma região subtropical, onde há poucas ocorrências, ou não há, desses tipos de doenças. Todavia, por existir uma universidade de referência para a região, além do próprio hospital, a cidade é um grande centro de recebimento de pessoas. Para atender a essa demanda, a cidade conta com uma gama de rodovias que cruzam pela cidade e, portanto, o hospital precisa ter a consciência de que deve



estar preparado para enfrentar um grande número de acidentes de trânsito. Segue, a respeito, um depoimento que elucida o contexto em tela:

“Sim. Um hospital como o nosso, quando ele entra em uma comunidade, ele passa a ser uma referência. Não adianta, por exemplo, o hospital se especializar em doenças tropicais. Febre amarela. Nós não temos febre amarela. Nós temos que nos especializar de acordo com a comunidade a qual estamos inseridos, naquelas doenças, naqueles acontecimentos que fazem parte da nossa região. Nós temos, por exemplo, o hospital está inserido em um entroncamento de muitas rodovias importantes, 287, 392, 290, 158, etc.” (Gerente Administrativo)

Outro ponto que faz parte da sociedade em questão é haver alguns tabus que o hospital, da mesma forma, deve levar em consideração. No presente caso, ocorre que indivíduos da sociedade na qual o hospital está inserido apresentam dificuldade para avaliar a gravidade da sua situação antes de ir ao hospital. Isso acaba gerando problemas, pois existe todo um sistema de saúde que se subdivide para atender cada tipo de caso. Por exemplo, uma dor de barriga é caso para ir a um posto de saúde, não ao hospital. Portanto, existe toda uma rede de saúde organizada para atender a cada categoria de caso, entretanto a população, em média, parece não levar em consideração esse tipo de questão, gerando problemas para o hospital.

No *driver* competidores, a literatura sustenta que compartilhar experiências com outras firmas melhora o entendimento dos serviços prestados. Nesse sentido, o hospital realiza essa atividade por meio de uma rede de hospitais intermediada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Essa rede proporciona ao hospital o compartilhamento de informação de modo que se consiga obter informações desconhecidas pelo hospital, mas de conhecimento de outro integrante da rede. Com isso, consegue-se, por exemplo, antes de firmar um contrato com um determinado fornecedor, descobrir mais a respeito dele, dos preços praticados no mercado, entre outras informações. O relato que segue retrata esse cenário:

“Na própria EBSEH, nós temos uma rede de hospitais. Então, temos um compartilhamento de informações. Por exemplo, na hora de comprar determinado produto, na hora de fazer determinado contrato, compartilhamos essa informação com os colegas de outros hospitais da mesma rede no sentido de saber.” (Gerente Administrativo)

Outra questão suportada pela literatura é a comparação dos produtos, no caso, serviços, e processos frente aos concorrentes da firma. Na visão do hospital, não há concorrentes competindo pelo mercado no qual o hospital está inserido. Por ser um hospital público, a entidade considera-se sem concorrentes, pois, na sua visão, os clientes de hospitais privados são diferentes dos clientes dos hospitais públicos. Entretanto buscam-se comparações no âmbito público, isto é, verificar com outros hospitais da esfera pública como

as coisas estão sendo feitas. Isso acontece por videoconferências, pelo aplicativo *Whatsapp* e, também, através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que centraliza informações e, depois, compartilha-as com os hospitais integrantes da rede.

No *driver* clientes, a literatura sustenta que um dos tópicos que fomenta a inovação é a busca pela compreensão das necessidades dos clientes de uma firma. Nesse sentido, o hospital aqui retratado busca compreender as necessidades de seus usuários, entretanto nem sempre consegue atender a essas necessidades. Isso ocorre porque um dos problemas frequentes enfrentados são as dificuldades sociais apresentadas pela população atendida pelo hospital. Por exemplo, muitas vezes, pacientes realizam procedimentos no hospital e não conseguem dar sequência a eles quando englobam o pós-procedimento, seja por falta de alimentação adequada, cuidados de higiene ou consciência de que tomar os remédios é importante. Por isso, uma das atividades do hospital na busca do entendimento dos seus clientes dá-se no âmbito socioeconômico, analisando as condições do paciente e, se for o caso, retendo-o para que esse cumpra todos os requisitos que um procedimento exige. Conquanto essa atividade seja feita, ela não é voltada para todos.

Outra questão recorrente na literatura no âmbito dos clientes diz respeito ao papel do cliente no processo de prestação do serviço. No caso estudado, nota-se que o hospital busca um serviço de segurança do paciente, sendo nesse serviço que ocorre a questão da participação do cliente. Nesse sentido, o hospital busca conscientizar o paciente de que ele é parte envolvida no resultado final do serviço, ou seja, parte fundamental na melhora da sua própria saúde. Por isso, visa-se deixar claro que tomar os medicamentos como a prescrição recomendada é fundamental, além de incentivar o controle por parte do próprio paciente frente ao seu tratamento, isto é, fazê-lo perceber que controlar sua medicação juntamente com o hospital é benéfico para si. Nota-se isso no próximo depoimento:

“Nós temos um serviço de segurança do paciente e uma das coisas de segurança do paciente é ele se sentir participante do seu tratamento. A responsabilidade do tratamento dele não é só do hospital, é dele também. Então, se entrar eu tenho de saber qual é o exame que vou fazer, o remédio que estou tomando Então, ele passa a ser agente do seu próprio tratamento.” (Gerente Administrativo)

Por fim, no último *driver* proposto por este trabalho, os fornecedores, foi levantado na literatura que esses, também, desempenham papel perante a inovação. Com isso, a relação com cliente-firma é fundamental. Para o caso em questão, o cenário caracteriza-se pelo alto índice de rotatividade. E isso decorre do fato de que o hospital costuma selecionar seus fornecedores a partir de processos licitatórios, pelos quais se procura uma relação de custo-

benefício. Por isso, há uma alta rotatividade. Muitas vezes, o determinado fornecedor, em determinado período de tempo, consegue atingir as especificações impostas pelo edital de licitação, mas, em outros casos, em decorrência de diversos fatores econômicos, ele não consegue. Dessa forma, acaba-se trocando de fornecedor conforme os editais.

O segundo e último tópico no tocante aos fornecedores é a avaliação desses pela firma. Por ser um hospital público, o hospital participa de um cadastro chamado Sistema Nacional de Cadastro de Fornecedor. Esse sistema nada mais é do que um currículo dos fornecedores, onde é apontado como determinado fornecedor se comporta em um processo de licitação. Com isso, é gerado um histórico que pode ser consultado por qualquer firma participante desse cadastro e, assim, ser verificado se o fornecedor em questão apresenta as características adequadas para fornecer o que o hospital está requisitando. Importante ressaltar que esse sistema objetiva avaliar os fornecedores com medidas gradativas, e caso algum deles venha a ocasionar problemas durante um fornecimento, ele pode ser advertido, ou até suspenso. A seguinte exposição retrata tal situação:

“O fornecedor, para ele participar de uma licitação, tem que ter um cadastro no Sistema Nacional de Cadastro de Fornecedor, que é tipo uma folha corrida. Se ele participou de uma licitação lá no Maranhão e ficou de entregar este celular e não entregou, ou não entregou no prazo, ou não entregou conforme combinado, aquilo vai para a ficha dele. Gera um histórico” (Gerente Administrativo)

Para finalizar o caso, analisa-se o desempenho organizacional pertinente à sua relação com inovação. Quanto a essa esfera, levantou-se que para avaliar o desempenho organizacional era preciso avaliar o desempenho financeiro e não financeiro de uma firma. Para tanto, apontou-se que a variação das vendas e a lucratividade eram os indicadores que mediam o desempenho financeiro, enquanto a variação da aquisição de novos clientes media o desempenho não financeiro de uma firma. Nesse sentido, segundo o hospital, houve uma variação de vendas 30% maior em relação ao ano de 2014. Por um lado, o hospital não foi lucrativo, pois, por ser de cunho público, não é ele que coloca preços em seus serviços e, além disso, há uma desatualização em torno de 12 anos das tabelas de preços dos serviços prestados, desconsiderando diversos fatores econômicos, tais como a inflação, por exemplo. Por outro lado, o indicador de desempenho não financeiro aquisição de novos clientes apresenta uma variação anual de 15 a 18 mil novos pacientes que se somam aos 500 mil pacientes já cadastrados no sistema do hospital.

## 5.2 Caso 2

No Brasil, existem, em torno de 2.600 hospitais de cunho filantrópico. O caso 2, uma Santa Casa, representa um desses hospitais. Esse tipo de hospital teve suas origens nos serviços de benevolência, tendo começado a partir das famílias abastadas da cidade que empregavam parte de suas fortunas para ajudar as pessoas necessitadas, além de benevolências de pessoas em geral que dedicavam parte do seu tempo para realizar filantropia e ajudar os mais necessitados. Também, houve a influência da religião, por meio das irmãs de Santa Catarina, que também fizeram parte das atividades do hospital por determinado período. Nesse sentido, essa Santa Casa, representante do segundo caso, iniciou suas atividades em 15 de abril de 1862, em uma localidade da região da campanha do estado do Rio Grande do Sul. Hoje, conta com uma receita aproximada de 30 milhões de reais e uma equipe de 618 profissionais, esses vinculados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), além de profissionais liberais que compõem o corpo clínico do hospital.

Para o levantamento dos *drivers* propostos por este trabalho, foi entrevistado o provedor da Santa Casa. Esse cargo se caracteriza por ser o cargo de topo no organograma do hospital, isto é, assemelha-se à presidência, porém com a nomenclatura de “provedor”. Como o cargo costuma ser rotativo, o entrevistado estava no seu segundo ano de atuação e proporcionou a este trabalho uma entrevista de aproximadamente 1 hora e meia. Nesse sentido, o relato dessa entrevista seguirá os moldes do caso anterior, isto é, de acordo com uma estrutura analítica linear, além de ser norteado pelo questionário proposto.

A cultura organizacional, primeiro *driver* desse caso, apresenta-se neste estudo, assim como no caso anteriormente descrito, sob três aspectos: criatividade, liberdade (autonomia) e tomada de decisão. No aspecto da criatividade, percebeu-se que ele está ligado ao papel da liberdade que o hospital oferece aos seus colaboradores. Os colaboradores, desde sua entrada no hospital, percebem um ambiente em que suas sugestões podem ser implementadas e, com isso, a criatividade não fica inibida. Nesse sentido, ao perceber que o ambiente é propício para proposição de ideias, o funcionário sente que sua criatividade não fica tolhida pelo hospital. E isso se revela no relato a seguir:

“Quando determinado funcionário entrou na controladoria... nós temos um sistema, um gerenciador financeiro. Ele, em poucos meses, já tinha essa noção da casa de aprimorar esse sistema, de ele alimentar sozinho sem dar retrabalho. Chega em um setor e sabe o que precisa inovar, como inovar, que tem essa ideia, que estão buscando isso, desde a seleção já é buscado isso, comentado.” (Provedor)

Sabe-se também que, dentro do espectro da cultura organizacional, a liberdade e a autonomia desempenham papéis importantes para com a inovação. Nesse caso, o presente hospital foge dos padrões da administração composta, o que, segundo a instituição, facilita a liberdade e autonomia dos colaboradores. Nesse sentido, todos possuem a liberdade de sugerir novas ideias, de modo que se melhore aquelas atribuições que lhes são instituídas, além de terem autonomia para discutir e rediscutir os processos, seja com o provedor, seja com outros coordenadores. Portanto, todos os segmentos do hospital possuem a liberdade de discutir o processo a cada momento que se entender como necessário, além de serem amparados por pesquisas de opinião utilizadas pelo hospital na tentativa de avaliar os serviços realizados.

Frente à tomada de decisão, o hospital reconhece que, por ser uma atividade de alto risco, o tratamento de saúde precisa de um pessoal maduro o suficiente para entender a complexidade do serviço. Por isso, conta com uma equipe em que cerca de 80% de seu pessoal apresentam mais de 20 anos de idade, dando a primazia por características que representem maturidade. Nesse sentido, os riscos são compreendidos e, quando surgem dúvidas, há todo um aparato que sustenta a tomada de decisão. Esse aparato sustenta-se em um diretor-técnico, um diretor-clínico, uma mesa-administrativa e, também, em pessoas de longa data dentro do hospital que atuam na tentativa de minimizar impactos advindos de decisões pautadas sob dúvidas.

No âmbito das estratégias, a inovação, igualmente, merece atenção por parte dos hospitais que desejam inovar e, por conseguinte, devem incluí-la em suas estratégias, assim como operacionalizá-la. O presente hospital, fundamentado na filantropia, não funciona com fins lucrativos e realiza a maioria de suas atividades atreladas a convênios com o governo federal. Nesse cenário, o hospital revela dificuldades financeiras para desenvolver estratégias, estando sempre na busca por investimentos que ampliem sua receita. Em razão dessas dificuldades financeiras, o hospital procura atrelar suas estratégias à aquisição de tecnologias na tentativa de melhorar seus serviços, entretanto essa situação não é considerada fácil em função das dificuldades aqui apresentadas. Ademais, há uma falta de consenso frequente, por parte do corpo clínico, perante quais tecnologias serão implementadas. Isso decorre porque, sempre que um projeto para aquisição de tecnologias está sob análise, surge uma nova tecnologia considerada mais moderna, passando a causar divergências entre o corpo clínico. Portanto, tenta-se sempre, mediante projetos específicos, avaliar as condições financeiras do hospital em determinado momento, assim como a percepção do corpo clínico, para que com

isso se possa tomar as decisões referentes às tecnologias que poderão ser implantadas no hospital.

Quanto aos mecanismos para analisar os novos desenvolvimentos tecnológicos e de mercado, o hospital adere às estratégias de custos, desse modo, visando a tecnologias que reduzam os custos e viabilizem economizar recursos que, posteriormente, possam ser investidos em diversas melhorias. Para isso, o hospital criou um sistema de gestão, o Sistema Integrado de Gestão (SIG), que funciona integrando processos em um ambiente tecnológico, consequentemente, diminuindo processos e custos. O projeto hoje está funcionando a 80% e sendo revitalizado para atingir seu grau máximo. No relato que segue, pode-se verificar o presente cenário:

“Eu acho que a outra estratégia, também, que nós temos é o custo, não deixa de ser nesse momento de crise, basear... Em 2008, foi criado o sistema de gestão, SIG e há 2 anos ele está sendo revitalizado. É um sistema de gestão integrado em que estamos em um processo de prontuário eletrônico. Isso já vem, funciona, foram revitalizados alguns módulos e começa desde a recepção até o financeiro.” (Provedor)

No tocante à clareza com que o hospital evidencia suas estratégias de inovação para com seus colaboradores, percebe-se que isso ocorre já a partir do processo seletivo, quando, na captação do profissional, tenta-se deixar claro o cenário do hospital no qual está entrando-se, as necessidades e o que se espera de um possível colaborador naquele ambiente. Sob tal ótica, o hospital almeja uma integração com o funcionário no sentido de reproduzir a ideia de que não é simplesmente entrar no hospital, prestar o serviço e ir embora. Por isso, exige-se o máximo de comprometimento possível dos colaboradores. Essa exigência de comprometimento rendeu frutos ao hospital. Exemplo disso são implementações de melhorias que foram resultados desse comprometimento e da soma de esforços dos colaboradores: captação de água para a lavanderia, posição de oxigênio, entre outras.

No *driver* funcionários, um dos tópicos recorrentes na literatura diz respeito ao grau de qualificação dos colaboradores, assim como ao recrutamento e à seleção desse pessoal. Portanto, para adquirir colaboradores do ambiente externo, o hospital criou uma matriz de perfil, onde existe a determinação das exigências de cada cargo. A partir dessa matriz, quando necessário, o hospital avalia suas carências com o intuito de realizar o processo seletivo e captar os colaboradores adequados a cada função. Internamente, o hospital busca realizar remanejamento, de modo que as pessoas já inseridas no ambiente hospitalar possam ter a possibilidade de galgar novos postos, em outras palavras, procura-se sempre avaliar os funcionários para verificar se eles estão aptos a trabalhos que exigem maiores qualificações.

No que diz respeito aos treinamentos voltados para atividades inovadoras ou uso de novas tecnologias, o hospital não apresentava um programa estabelecido para essas atividades. O que existe são atividades esporádicas que dependem de determinadas situações. Um dos fenômenos que contribui para o acontecimento de treinamentos é a implementação de novas tecnologias. Nesse sentido, quando o hospital está realizando essa atividade, existem capacitações para que os funcionários saibam realizar atividades que envolvam respectivamente tais tecnologias. Ademais, o hospital participa da Federação das Santas Casas e Hospitais Benéficas, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul, que suporta o hospital mediante cursos e treinamentos para manutenção da filantropia. Somado a esses dois cenários, existe, também, como anteriormente mencionado, a liberdade de o colaborador, por iniciativa própria e em momento específico, levantar possíveis ideias capazes contribuir para as suas atividades. Percebe-se esse contexto neste trecho:

“Sempre quando vem alguma tecnologia nova para nós, antes de ser implantada, é feito um treinamento. Então, sempre antes de instalar, seja um monitor cardíaco, um respirador novo ou até mesmo um cateter central, uma sonda diferente, um dispositivo que vamos instalar no paciente, precisa ser treinado. Então, vamos atrás desse treinamento antes de ser implantado. Tem também a Federação das Santas Casas de Porto Alegre. Ela tem o suporte que nos dão cursos. A casa sempre proporciona a nossa ida, sempre tem treinamento para manutenção da própria filantropia, enfim.” (Provedor)

Já a sugestão de ideias por parte dos funcionários, como aqui tratado, acontece de maneira orgânica, isto é, o funcionário tem a liberdade de sugerir, discutir e rediscutir o processo, seja com o provedor (cargo de maior escala no nível hierárquico do hospital), seja com os coordenadores ou qualquer outro colaborador, quando sentir que é necessário. Há incentivos para que isso ocorra: um desses incentivos é que, a partir dessas ideias, foi possível trazer para o ambiente hospitalar uma pós-graduação. Essa pós-graduação atua como incentivo, pois fornece a possibilidade de os funcionários evoluírem na sua área de conhecimento e, conseqüentemente, ascenderem dentro do hospital. Todavia não há incentivos financeiros para a sugestão de novas ideias, pois o hospital percebe que a recompensa de funcionários específicos pode vir a ser injusta com os demais. Individualiza-se isso na próxima resposta:

“Temos incentivos. Por exemplo, quando tivemos a abertura da UTI pediátrica, um tempo atrás, os enfermeiros buscaram fazer a pós-graduação e conseguimos trazer para dentro do hospital a pós-graduação e o hospital ajudou muito a gente com as escalas. Quanto à recompensa, não existe uma recompensa financeira. O que pregamos sempre é que a maior recompensa que podemos ter do hospital é a que ele já nos oferece. Ele nos oferece os encargos em dia. Porque uma recompensa, vamos dizer, pessoal, já tentamos fazer isso. O que, muitas vezes, naquele momento, ocorreu, tu crias satisfação para um e descontentamento para 500.” (Provedor)

Com relação ao *driver* pesquisa e desenvolvimento, o hospital não possui um departamento específico para desenvolver essas atividades internamente. O que existe é a participação em grupos, tais como a Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul, além de grupos específicos que recebem do hospital relatórios de desempenho. Essas informações são consolidadas em um relatório, entretanto elas não são trabalhadas para que se obtenham vantagens com isso. Além disso, existe a contratação de pesquisas para auditar o hospital e, com isso, poder capacitar para que se possa participar de programas de qualidade. Outro passo que está sendo desenvolvido é a implementação de planejamento estratégico com o intuito de resolver os problemas do hospital. Importante ressaltar que os gastos com essas atividades não foram divulgados.

Quanto à trajetória tecnológica, pode-se dizer, segundo o hospital, que é um dos *drivers* que mais impacta no benefício aos clientes, pois as tecnologias possibilitam ao médico sair da esfera dos seus conhecimentos e encontrar respaldos nas informações que as tecnologias fornecem como acontece, por exemplo, através de exames. O decorrer da história tecnológica do hospital pode ser verificado entre os períodos anteriores a 2010 e posteriores a essa data. Anteriormente a 2010, fazia-se, por exemplo, curativos com pomada, o que, para a época, já era totalmente defasado e atrasava a recuperação, assim como o conforto do paciente. Os aparelhos de anestesia eram particulares dos médicos, e não próprios do hospital. Entretanto, hoje, o hospital, conquanto suas condições financeiras, tem conseguido contornar as dificuldades do passado, passando a contar com diversos aparatos tecnológicos de ponta para a região, tal como o tomógrafo, entre outros.

Após essa troca de períodos, na visão do hospital, foi possível tornar-se referência na região e percebe-se que as tecnologias que vêm sendo empregadas são superiores às dos demais hospitais da região. Todavia, quando comparado com os demais hospitais que são referências, tanto no estado quanto no Brasil, individuou-se certo atraso nessa questão. O extrato da entrevista a seguir descreve esse cenário:

“Eu acho que em relação à região, nós estaríamos muito à frente. Estaríamos um pouco prejudicados em relação aos hospitais que são de ponta, hospitais da capital e outros centros maiores, claro que sabemos que eles estão bem mais avançados, mas em relação à região, estamos, com certeza, bem à frente.” (Provedor)

Para ser referência na região, o hospital conta com treinamentos para manejo das tecnologias que serão implementadas. Isso acontece quando ocorre a compra de determinado aparato, pois o hospital compra a tecnologia e, atrelada a essa compra, demanda treinamentos do fornecedor de forma com que consiga fazer bom uso do material. Ademais, o hospital não



conta com treinamentos institucionalizados, somente atrelados a alguma compra. Segue o relato a respeito das habilidades técnicas e de gestão dessas tecnologias:

“Então, sempre antes de instalar, seja um monitor cardíaco, um respirador novo ou até mesmo um cateter central, não podemos falar de inovação tecnológica só os meios eletrônicos, às vezes um cateter, uma sonda diferente, um dispositivo que vamos instalar no paciente, seja pela enfermagem, no modo bem operacional, precisa ser treinado. Então, vamos atrás desse treinamento antes de ser implantado.” (Provedor)

No tocante à trajetória institucional, o hospital considera que a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi um marco para as instituições formais, afetando diretamente o contexto do hospital e como ele passou a desenvolver-se. Isso aconteceu porque a Constituição Federal, em seu Artigo 196, estabelece que a saúde é um direito de todos, assim como é um dever do Estado. Além disso, conforme o Artigo 199, os hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, que é o caso do presente hospital, têm preferência na contratação do serviço junto ao poder público. Soma-se, aos Artigos 196 e 199 da Constituição Federal de 1988, a Lei nº. 8080, criada em 1990, que estabelece o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Esse cenário ajudou a caracterizar o hospital e moldá-lo para que chegasse até o presente momento, pois o hospital se configura exatamente segundo o que os artigos da Constituição Federal, assim como a Lei 8080, declaram. Por exemplo, até 1997, a Santa Casa revelava dificuldades em manter o plantão 24 horas, inclusive pedindo contribuições dos pacientes de modo que conseguisse manter os serviços em atendimento, o que foi, conseqüentemente, mudando com as parcerias posteriores com o Poder Público. No próximo excerto da entrevista, os detalhes ficam mais evidentes:

“Mas, as mudanças, elas realmente começaram a acontecer a partir de 1988 com a promulgação da constituição. Começou, a partir daí, uma nova história na questão relacionada ao social e à prestação de serviços. Baseado nisso, foi criada lei que criou o Sistema Único de Saúde. Com isso, proporcionou-se as contratações de serviços, prestadores de serviços. Então, hoje, sobrevivemos, não mais o que foi no passado, sobrevivendo de doações, de favores. Hoje, sobrevive-se de recursos públicos através dos contratos que se faz com o poder público.” (Provedor)

Quanto às instituições informais, o Estado fomenta que os hospitais busquem adequar seus serviços conforme a região na qual estão inseridos. Quando se institui um serviço, há sempre estudos que objetivam verificar se existe demanda para esse serviço. Por exemplo, pode ocorrer casos em que o hospital pretenda desenvolver determinado serviço, entretanto a demanda já está sendo atendida em hospitais próximos. Exemplos específicos não foram fornecidos sobre algum costume ou tradição que possa ser relevante para a prestação de serviços do hospital.

Também existem tabus da sociedade na qual o hospital está inserido e que devem ser levados em consideração. Para o hospital, a população não sabe avaliar a gravidade da situação, entendendo que o seu problema é sempre maior do que o dos outros. Nesse sentido, ela leva à risca a palavra “pronto-socorro”, entendendo que deve ser atendida logo após a sua chegada. Outra questão também é decorrente da falta de uma boa avaliação da população frente aos seus problemas. Como existe todo um sistema de saúde e cada unidade desse sistema busca atender a determinados tipos de casos, a população acaba indo diretamente ao hospital, mesmo em casos menos graves em que poderiam ser atendidos em uma Unidade Básica de Saúde, por exemplo. Isso acarreta uma demanda muito elevada que acaba interferindo nas atividades do hospital. O relato a seguir explica essa situação.

“A população entende, por ser leiga, que o meu problema sempre é mais grave que o do outro. Por eles serem leigos, eles entendem que vêm para o pronto atendimento e tem de serem pronto atendidos, como uma emergência. Outro tabu grande que o hospital enfrenta hoje é a superdemanda que temos do pronto atendimento de casos que acabamos colhendo de atenção básica, que poderiam ser destinados para a atenção básica, mas como temos aqui a questão da nossa triagem, do atendimento, não podemos fazer exclusão, existe um protocolo de atendimento e tu não podes excluir nenhum paciente.” (Provedor)

Além dos tabus citados, existe também a questão das visitas. Como deve haver um controle extensivo por parte do hospital, pois lida com doenças, existe a necessidade de orientar os familiares dos pacientes sobre essa problemática e que, muitas vezes, as visitas devem ser diminuídas. Entretanto não há uma conscientização, por parte dos familiares, que acabam adentrando no hospital, mesmo quando não é possível. Depreende-se isso da fala do entrevistado:

“A questão da visitação. Hoje, o controle de infecção, cuidamos muito a questão de isolamentos, existe uma grande temática em cima de antibioticoterapia e a resistência de micro-organismos aos antibióticos, temos que estar sempre cuidando, orientando muito os familiares dentro do quarto, mas viramos as costas e eles conseguem adentrar ao hospital e é difícil de controlar.” (Provedor)

No que tange aos competidores, o compartilhamento de experiência é fundamental; e o hospital, por meio da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul, compartilha casos de diversas áreas, sejam elas atividades administrativas, clínicas, de informática, recursos humanos, dentre outras. Isso ocorre a partir de encontros promovidos por tal federação. Além disso, existem casos, não instituídos, de visitas a outros hospitais e de profissionais que buscam melhor formação, levando *cases* apreendidos para o hospital.

Outro aspecto que envolve o *driver* competidores é a comparação de produtos (serviços). Nesse sentido, um dos principais pontos que auxiliam o hospital é a partir do Conselho Regional de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul (COREDE), que busca estudar as demandas das regiões do estado. Com isso, a Santa Casa participa dos conselhos em que estão todos os hospitais da região, e, dessa forma, ocorrem trocas de informações a respeito de casos específicos de cada hospital. Há também o uso de tecnologias, tais como o *WhatsApp*, que atuam na tentativa de aproximar colaboradores de diferentes hospitais. Exemplo disso são grupos criados no aplicativo, onde colaboradores de diversos hospitais expõem casos e trocam ideias de como melhor resolver casos. O relato que segue detalha como o *driver* competidores ocorre no hospital.

“E a tecnologia digital também nos permite essa troca de ideias, as redes sociais também. O próprio WhatsApp, os grupos de WhatsApp também, temos essa troca de ideias. Eu mesmo tenho um grupo de 45 hospitais no WhatsApp. Tem também o COREDE que é o conselho do estado, que estuda as demandas das regiões. Então, participamos dessas reuniões do COREDE, onde tem todos os hospitais da região, e vamos trocando ideias.” (Provedor)

No âmbito dos clientes, a compreensão das necessidades é fundamental. Nesse aspecto, o hospital procura, mediante três atividades, entender as necessidades dos pacientes. A primeira atividade são pesquisas de satisfação desenvolvidas e aplicadas durante o atendimento ao paciente. Nessa pesquisa, busca-se a compreensão do paciente desde a recepção até o momento de saída, dessa forma, engloba toda a percepção do processo da prestação do serviço. Também há uma coordenadoria de enfermagem que realiza visitas periódicas aos pacientes com o intuito de verificar suas necessidades. Por fim, há todo um serviço social e de psicologia que fornece apoio ao hospital para abranger o paciente fora do ambiente hospitalar. Compreende-se esse cenário no próximo extrato.

“Primeiro, temos a questão de que começa tudo com o atendimento e eles respondem às pesquisas de satisfação. Ali eles deixam a questão da satisfação com o atendimento desde a recepção até a saída, passando pelos exames e internação. Além disso, há também as coordenadoras de enfermagem de cada setor, que têm que passar fazendo as visitas. Também temos que amparar ele de outras formas, fazer o acolhimento e atender conforme a necessidade física e psicológica dele aqui dentro.” (Provedor)

Além da compreensão das necessidades dos pacientes, há de levar-se em consideração que é preciso envolvê-los no processo. Para isso, existe um treinamento específico para viabilizar uma relação humanizada entre colaboradores e pacientes, então, deixando claro, para os colaboradores, que o processo não é somente administrar medicações, entre outras atividades, mas sim motivá-lo a ser proativo no tratamento. Além disso, há atividades, tais

como ações comunitárias, com o intuito de expandir o conhecimento dos processos e, com esse conhecimento, esclarecer que o paciente é parte fundamental no tratamento.

Quanto ao *driver* fornecedores, esse hospital busca relacionar-se com seus fornecedores por meio de dois fatores: preço e qualidade. Primeiramente, busca-se o fator preço. No cenário de dificuldades financeiras, o hospital tenta economizar, entretanto sem desvincular essa economia da perda de qualidade. Para não perder a qualidade, no hospital, há setores de compra, distribuição, almoxarifado e nutrição que se comunicam e avaliam os produtos adquiridos na tentativa de verificar se este está de acordo com as exigências. Nesse sentido, o hospital procura relacionamentos com fornecedores que consigam corresponder em preço e qualidade simultaneamente.

Assim, para verificar se o fornecedor corresponde às expectativas, o hospital conta com uma plataforma eletrônica, chamada de Bioexo, que, juntamente com outros setores do hospital, avalia os fornecedores. Nessa plataforma é mensurado o custo-benefício de determinado produto, pois, segundo o hospital, há exemplos de materiais que custam menos, mas, depois, causam danos que, por fim, acabam elevando ainda mais os custos. A partir dessa avaliação, firmam-se parcerias, baseando-se, portanto, na qualidade do produto, no seu custo, além de prazos de pagamentos dados pelos fornecedores ao hospital. Tudo isso é considerado e colocado na plataforma, dessa maneira, possibilitando tomadas de decisões futuras perante os fornecedores.

Para finalizar o caso, avalia-se o desempenho do hospital. Nesse quesito, o desempenho financeiro é delimitado pela variação de vendas e pela lucratividade, além do desempenho não financeiro, sendo verificado mediante a aquisição de novos pacientes. No que se remete ao desempenho financeiro, mais especificamente na variação de vendas dos últimos anos, conforme o hospital, não há uma variação expressiva. Exemplo disso é que, em 2014, houve 5.021 internações, enquanto, em 2015, ocorreram 5.384 internações e, em 2016, 5.499, isto é, de 2014 para 2016, deu-se uma variação de 9%. Já quanto à lucratividade, não há, podendo até fechar anos negativamente. O que mantém o hospital, muitas vezes, são emendas parlamentares que lhe são destinadas e que conseguem oxigenar suas finanças.

No desempenho não financeiro ou na aquisição de novos pacientes, o hospital apresenta, na sua maioria, cerca de 80%, clientes oriundos do SUS e os restantes 20% oriundos de convênios. Por se tratar de 80% de clientes advindos do SUS, programa governamental, o hospital não possui um programa instituído de fidelização dos clientes, visto

que, para o hospital, esse segmento de mercado não possui muitas opções, visto que, pelas condições sociais apresentadas por esse público, não há como buscar outros hospitais em outras localidades. Quanto aos clientes dos convênios, a fidelização buscada é através da qualidade da prestação do serviço, dessa maneira, não possuindo nada instituído que procure fidelizar a clientela oriunda dos convênios particulares. Importante salientar que não há uma estimativa de variação de novos clientes.

### 5.2 Caso 3

O hospital que representa o caso 3 deste estudo deu início às suas atividades no ano de 1976, logo, tem 41 anos. Atua em uma cidade da região centro-sul do estado do Rio Grande do Sul e conta, hoje, com um corpo de 408 colaboradores, gerando uma receita em torno de 35 milhões de reais ao ano. Essas informações, assim como as que seguem, foram fornecidas pelo diretor de controladoria do hospital, que atua há 7 anos no cargo, em uma entrevista que durou aproximadamente 1 hora e meia.

No âmbito da cultura organizacional, objetivou-se verificar três aspectos que, conforme a literatura desenvolvida ao longo deste trabalho, suportam um ambiente propício para o desenvolvimento de inovações. São eles: criatividade, liberdade (autonomia) e tomada de decisão. No caso da criatividade, para encorajar o pessoal a pensar criativamente, o hospital pensa que, primeiramente, é preciso que cada colaborador ocupe uma função de acordo com o seu perfil. Para isso, implantou-se a gestão por competência a fim de que se conseguisse definir o perfil para cada área e para cada cargo específico, de modo que se aproveite a melhor habilidade de cada colaborador e, também, seja possível levantar seus pontos para melhoria. O relato a seguir retrata o tópico.

Nós implantamos, aqui, em 2014, a gestão por competência, que conseguimos definir o perfil para cada área, para cada cargo específico, damos o *feedback*. Qual a intenção dessa gestão por competência? Justamente conseguir ver o que o funcionário tem de melhor para podermos aproveitar melhor a sua habilidade e, ao mesmo tempo, conseguir ver o que ele tem de pontos de melhoria.” (Diretor de Controladoria)

No intuito de desenvolver um ambiente de liberdade e autonomia para que o capital humano desenvolva inovações, o hospital parte de ideia de que não se administra uma instituição tomando decisões unilateralmente. Na visão da instituição, precisa-se delegar autoridade aos funcionários, de modo que eles se capacitem para a tomada de decisão, mas com responsabilidade. Quando essa tomada de decisão sai das capacidades dos colaboradores,

passa-se para os superiores para que eles orientem o colaborador a tomar tal decisão. Verifica-se essa realidade no depoimento que segue.

“Nós partimos de uma premissa, há muito tempo, de que tu não tens condições de administrar uma instituição do porte do nosso sozinho. Quando tu delegas, o que estás fazendo? Estás dando autoridade com responsabilidade para o funcionário. Hoje, todos os nossos supervisores da instituição têm esta autoridade, têm condições de resolver seus problemas. O que sobe, o que vem aqui são coisas que realmente fogem da alçada deles, que eles não têm condições de resolver. Mas, hoje, todos nossos coordenadores e supervisores das áreas têm autonomia total para resolver o problema.” (Diretor de Controladoria)

No que tange à aceitação de riscos por parte dos colaboradores, o hospital está desenvolvendo os Planos Operativos (POPs) para cada setor. Nesses planos operativos, tenta-se definir o que é pertinente às capacidades dos colaboradores e o que não é. Quando surge uma situação não prevista dentro desses planos operativos, reúne-se um comitê de gestão para que se possa tomar a decisão de determinado assunto. Esse comitê é reunido semanalmente, sendo composto pelos supervisores de cada setor, para analisar, de modo geral, como está o cenário institucional. Também há reuniões desse comitê para tratar assuntos específicos que possam surgir no decorrer das atividades hospitalares e que contam com os envolvidos na atividade que gerou a reunião proposta. Na continuidade, a resposta do diretor de controladoria do hospital desvela essa realidade.

“Nós trabalhamos aqui com os POPs, que são os Planos Operativos de cada Setor. Tudo que está predefinido dentro daquela situação, está previsto dentro do POP. Tudo que está fora daquilo, que foge da alçada, nós temos um comitê de gestão, onde nos reunimos e ajudamos a tomar a decisão de determinado assunto. Fora isso, temos aqui, permanente, um comitê de processos que é reunido todas as quartas-feiras, em que fazem parte todos os supervisores.” (Diretor de Controladoria)

Na esfera das estratégias, a percepção dos gerentes frente às estratégias para alcançar a inovação atua como fator determinante no desenvolvimento da firma. No caso do hospital aqui retratado, percebe-se que as estratégias voltadas para a inovação recaem sobre as tecnologias que o hospital implanta. Esse cenário é retratado ao comparar os períodos do hospital. Anterior ao ano de 2007, o hospital contava com sistemas que utilizavam a tecnologia Disk Operating System (DOS), além de realizar diversas outras operações em planilhas de Excel. Após 2007, o hospital procurou adequar-se melhor ao contexto tecnológico indo ao mercado e, então, implantou em seu ambiente um sistema considerado de ponta pelo hospital: o Soul MV. Esse sistema automatizou o hospital, fazendo a integração de diversos setores da instituição em um único sistema de computador, o que possibilitou melhor gestão. Percebe-se isso nas palavras do entrevistado:

“Falando em inovação, em 2007, percebemos que tínhamos um sistema que não era ruim, mas era limitado com relação a algumas informações importantes dentro da instituição. Na época, fomos ao mercado para ver o que tinha de melhor e aderimos ao MV. Então, temos um grande diferencial dentro da instituição e de hospitais de médio porte, que é nosso caso, com a implantação do MV. Ele é todo integrado. Nós fazíamos todo o trabalho manual antes, desde a compra do produto até a contabilização, que era manual mesmo, carimbava tudo, colocava os códigos. E hoje o sistema integrou todos esses processos.” (Diretor de Controladoria)

Outra questão que permeia as estratégias é a implementação de mecanismos para analisar os novos desenvolvimentos tecnológicos e de mercado. Para isso, o hospital incentiva seus profissionais a participarem de cursos específicos da área a fim de que consigam extrair o que há de mais avançado em termos de tecnologias e de mercado. Com essa participação em cursos, o hospital conseguiu implantar diversas tecnologias que possibilitaram o desenvolvimento da área. Por exemplo, o hospital, hoje, conta com sistema de *back-up* de dados, o sistema MV, citado anteriormente, dentre outros. Como se depreende dessa fala:

“Desde a época que assumimos, viemos trabalhando no sentido de tentar sempre estar com a inovação tecnológica sempre com o que tem de melhor, com o que tem de ponta. Nossos responsáveis pelas áreas estão participando de cursos. Sexta-feira passada, um colaborador participou de um curso bem interessante de cabeamento, que está mudando para fibra. Ele já trouxe bastantes coisas novas com relação ao que pode ser feito e isso está sendo colocado dentro desse programa que solicitamos que o setor fizesse, que é para nos trazer hoje o que tem de melhor.” (Diretor de Controladoria)

No que tange a deixar os colaboradores cientes sobre as estratégias de ações de inovação, o hospital, mediante reuniões, busca captar as necessidades da instituição e deixá-las evidentes para os colaboradores, pois, como o hospital objetiva uma integração, todos os setores devem estar em sinergia para que se possa prestar o serviço da maneira que se almeja. Com isso, espera-se que, desde a portaria até as atividades mais específicas, tudo esteja devidamente alinhado com as necessidades da instituição para que a sinergia esperada de fato ocorra. Na continuidade, o depoimento evidencia essa realidade.

“E deixamos bem claro, em uma reunião que fizemos com os supervisores, que todos os setores têm que estar integrados sim, porque só uma mudança de um atendimento que passaria de sexta para sábado, e o pessoal: só vai trocar um dia. Daqui a pouco gritou o supervisor da higienização: vou precisar mais gente para limpar nesse dia. O porteiro: tenho que ser avisado porque vai ter um fluxo diferente de pessoas no hospital. O pessoal da farmácia: nós também, porque tem distribuição. Então, provamos para eles que não podem ser atividades isoladas, a instituição é única. Não é o teu setor que está fazendo uma coisa, é toda a instituição que se envolve com isso.” (Diretor de Controladoria)

No âmbito dos funcionários, a literatura pesquisada assinala que existe a necessidade de treinamentos voltados para atividades inovadoras e uso de novas tecnologias. Ciente disso, o hospital busca atrelar treinamentos ao realizar um investimento em determinada tecnologia, isto é, ao realizar uma compra, o hospital procura capacitação para os seus colaboradores

juntamente com a empresa fornecedora da tecnologia, capacitando-os de modo que consigam fazer o uso devidamente correto. Além disso, ressalta-se que o hospital visa a que todos os colaboradores conheçam o sistema que o integra, o Soul, mediante ciclos de capacitações que forneçam as bases da estrutura do sistema. Não menos importante, reitera-se que todos passam pelos mesmos treinamentos, pois, como o foco do hospital é a sinergia, considera-se importante que todos conheçam as engrenagens da instituição.

Outra questão que permeia o *driver* “funcionários” é a sugestão de ideias para melhores serviços e processos, assim como a recompensa que recebem por isso. Como o momento do hospital exige uma redução de custos, realizam-se reuniões periódicas, com as equipes de cada setor existente, visando atingir essa meta. Essas reuniões possuem como pauta levantar iniciativas que possam surtir ideias que minimizem os custos, sendo delegada a autonomia para a sugestão dessas ideias. Nesse sentido, as equipes se motivam com as atividades, pois percebem que estão sendo envolvidas no processo de possíveis mudanças no hospital. Sugeridas tais ideias, o hospital busca analisá-las de modo que, a partir de uma visão sistêmica, avalie-se se elas são viáveis ou não. A partir disso, o hospital busca realizar, sempre que possível, eventos na tentativa de valorizar os colaboradores que se destacaram. Eventos do Dia do Trabalhador e o Natal são as datas mais frequentes. Entretanto não há recompensas institucionalizadas para a sugestão de novas ideias.

Quanto ao grau de instrução dos funcionários, a maioria apresenta ensino médio completo. Todavia, por possuir atividades como a medicina, o hospital conta também com profissionais com ensino superior. Com isso, para selecionar esses colaboradores, o hospital possui um formulário que o supervisor de uma respectiva área do hospital elabora quando há colaboradores em processo de desligamento ou em processo de realocação. O formulário é passado para os Recursos Humanos, que avalia e seleciona currículos de acordo com a vaga. Nesse sentido, a psicóloga avalia os interessados na tentativa de verificar se determinado candidato está apto ou não. Após essa etapa, passa-se pela avaliação técnica do supervisor da respectiva área, além de, finalmente, passar ao diretor de controladoria para este dar o seu parecer técnico.

Além desse processo de seleção e recrutamento, há políticas de realocação que também se relacionam com a valorização do colaborador, ou seja, incentiva-se os colaboradores a evoluir na escala hierárquica, de modo que se empenhem nas suas atividades. Sob tal perspectiva, o hospital ressalta exemplos de funcionários que ocupavam cargos



inferiores e, hoje, ocupam cargos superiores aos que começaram, tais como o de responsável pela contabilidade da instituição. Esse cenário vai ao encontro da política de valorização pela qual o hospital prima para que os funcionários sempre se sintam motivados. Verificam-se esses aspectos no trecho que segue.

“Essa é uma premissa que já usamos bastante tempo, até para valorizar o funcionário e para que ele também tenha empenho na sua função. Senão, ele virá aqui e vai ficar o resto da vida como telefonista. Então, temos dentro da instituição, hoje, várias pessoas que começaram, não desmerecendo a função, como telefonista, muitas vezes como estagiário, contratamos estagiários para ser telefonista da instituição, e essas pessoas conseguem se sobressair tanto que terminam sendo contratadas pela empresa. Então, temos pessoas que começaram como telefonista, estagiário dentro da instituição, que hoje é assessora administrativa da instituição.” (Diretor de Controladoria)

No que tange ao *driver* Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), levantou-se, por este trabalho, que a existência de centros de P&D e suas relações com instituições de pesquisa e/ou contratação de P&D externos, gastos relativos a essa atividade e o desenvolvimento de atividades de P&D que busquem novos conhecimentos com o objetivo de resolver problemas do hospital são indicadores importantes para a inovação. Nesse cenário, constatou-se que o presente hospital não apresenta centros de pesquisa e desenvolvimento, assim como não há gastos referentes a essa atividade específica. O que existe são atividades que visam sanar problemas específicos do hospital, como projetos de medicina hospitalar. Esse projeto baseou-se na busca de solucionar um problema do hospital, que era a presença, em tempo integral, de médicos plantonistas, o que anteriormente não havia. O relato a seguir expõe esse cenário.

“Não existe um médico do SUS de plantão aqui dentro da instituição que eu pudesse passar para essa pessoa a responsabilidade de tratar este paciente, eu tinha o hospital, com toda a estrutura, mas não tinha o médico para fazer isso. Então, no primeiro momento, criou-se uma grade clínica, que eram 5 médicos que simplesmente tinham a prerrogativa de vir aqui registrar o atendimento do paciente, sua evolução e também prescrever medicamentos, mas eventualmente, eles não tinham aquela responsabilidade de ficar tempo integral dentro da instituição. Com a medicina hospitalar, vimos que era o que precisávamos.”(Diretor de Controladoria)

Na esfera das trajetórias tecnológicas, depreendeu-se a importância do emprego das tecnologias ao longo do tempo para a inovação. Nesse sentido, no hospital, a partir de 2012, ocorreu um marco sustentado pela implantação do sistema Soul que buscou a integração de todos os setores do hospital. Além disso, o hospital foi equitativamente investindo em tecnologias que abrangessem todas as áreas. Hoje, conta com prontuário eletrônico, os exames são totalmente integrados com o sistema do hospital, entre outras tecnologias. Isso trouxe um ganho de qualidade e produtividade notável na visão da instituição, fazendo com que o hospital se beneficiasse dessas aquisições tecnológicas. No depoimento que segue,

primeiramente, pode-se identificar o papel do sistema Soul e, por conseguinte, o papel de outras aquisições tecnológicas por parte do hospital.

“Em outubro de 2012, através de treinamentos, simulações, dissemos: agora, vamos entrar em produção. De lá para cá, conseguimos integrar vários sistemas através do Soul. Assim como o hospital foi investindo em tecnologia, em todas as áreas. Hoje, toda nossa área médica é informatizada, o prontuário é 100% eletrônico. Nós temos também toda a parte de imagens do hospital digitalizada. O médico, assim como solicita o exame aqui, ele já vê o resultado, tão logo tenha a imagem no setor. Isso trouxe um ganho de qualidade e resolutividade.” (Diretor de Controladoria)

Assim, ao comparar-se com outros hospitais do mesmo porte, o hospital em tela possui tecnologias compatíveis e em um nível de estrutura superior. Possuir tecnologias, todavia, não é sinônimo de um bom aproveitamento quanto às suas utilizações. Nesse sentido, o hospital estabelece como regra para aquisição de tecnologias o vínculo da venda ao treinamento, como explicado anteriormente, atrela-se a cada compra a prestação de treinamento por parte do fornecedor dessa tecnologia, dessa forma, viabilizando a capacitação de todos os colaboradores.

No âmbito institucional, o hospital percebe os incentivos e as barreiras impostas pelo setor público ao longo dos anos como um fator-chave. Antigamente, o hospital realizava procedimentos e recebia por aquilo que era feito. Nada, além disso. Não era incentivado financeiramente, não havia complementações de custeio em cima de uma tabela de serviços considerada defasada. A partir de 2007, houve a implantação de contratos com o hospital, assim, fez-se uma análise do seu custo para prestar os mesmos serviços que já eram prestados e dentro de uma capacidade de trabalho já conhecida, então, sendo estabelecidos preços para esses serviços. Com essa nova forma de se relacionar com o Estado, o hospital teve a oportunidade de melhor se organizar. Entretanto, na visão do hospital, o Estado vem passando por uma crise que, conseqüentemente, afligiu a instituição. A seguir, a fala do entrevistado descreve o cenário com maior riqueza de detalhes.

“Desde que houve, há 10 anos, a implantação da contratualização do estado com os hospitais ou os municípios para pagamento, antigamente, era de uma forma, também foi um divisor de águas. Há 10 anos, eles pagavam de que forma? Por produção. Não era incentivado financeiramente, não era feita nenhuma outra complementação de custeio, em cima de uma tabela de serviço que é totalmente defasada. O que ocorreu com a possibilidade de contratualização? Os hospitais fizeram uma análise do seu custo para prestar os mesmos serviços que já prestavam, dentro de uma capacidade de trabalho que já possui, e foi estabelecido preços para esses serviços, e foi quando, sim, muitos hospitais conseguiram sair de uma crise” (Diretor de Controladoria)

Mais especificadamente em termos de punições, costumes, tradições e códigos de conduta, o hospital possui alguns pontos a serem levados em consideração. Podem ocorrer

eventos locais que são passíveis de serem levados em consideração para as atividades. Por exemplo, há uma festa relevante no município, normalmente entre junho e julho, que atrai muitas pessoas de fora, elevando a demanda de casos específicos, sucedendo-se problemas com bebida, brigas, etc. Outros casos específicos são os rodeios na região, que também merecem atenção do hospital devido a um possível aumento de casos de fraturas, por exemplo. Também há a questão de o município ter a característica de desenvolver atividades econômicas rurais e, com isso, apresentar muitos casos de picadas de cobras. Nesse sentido, o hospital é estruturado em equipes de urgência para que se possa tratar dessas questões.

Ainda no âmbito da trajetória institucional, o presente hospital apresenta tabus recorrentes. A população do município e da região criou o hábito de, independente da gravidade do caso, direcionar-se ao hospital. Entretanto, na área hospitalar, existem protocolos médicos que precisam ser postos em prática e, com isso, cada pessoa é atendida de acordo com esses protocolos, isto é, de acordo com a classificação de risco, define-se a ordem de atendimento, e não por ordem de chegada. Outra questão que existe em torno dos tabus é certa resistência aos partos normais, pois o hospital não conta com uma assistência básica para o acompanhamento adequado de possíveis cesarianas, nesse sentido, o hospital enfatiza determinadas questões que possam vir a vencer barreiras referentes ao parto normal, como a criação de grupos de gestantes para a troca de informações referentes a essas questões.

No *driver* clientes, a literatura aponta que possuir competidores como parceiros, de modo que compartilhem experiências, influencia a inovação. Ademais, a inovação também se relaciona ao fato de a firma comparar sistematicamente seus produtos (serviços) e processos com os da concorrência. Com conhecimento disso, o presente hospital busca trocar experiências em visitas que procura realizar em outros hospitais, assim como no recebimento de visitas referentes, pois, na visão do hospital, a competitividade não é uma coisa que assusta. Há também a participação na Federação das Santas Casas, onde se troca experiências diversas com os outros associados. Um exemplo que resultou dessas trocas de experiências foi a implantação de gestão por competências, já citada anteriormente, além de treinamentos, entre outros.

A inovação também depende dos consumidores e, nesse cenário, compreender as necessidades dos seus respectivos consumidores é fundamental. Nesse sentido, o hospital conta com pesquisas de satisfação na tentativa de conseguir analisar o que está sendo feito e de que maneira, para que consiga ter o real entendimento da percepção do cliente e, com isso,

qualificar o que está necessitando ser qualificado. Além disso, a empresa visa definir o papel dos clientes e desenvolve métodos para o incentivo através de trabalhos que integrem pacientes e potenciais pacientes, assim, possibilitando que eles conheçam a realidade do hospital e saibam que a sua participação no processo da prestação de serviço é fundamental. Exemplo disso, como citado anteriormente, são os grupos de trabalho na área de gestantes que buscam abordar ações para que, na hora do parto, as famílias já tenham conhecimento prévio da realidade do hospital.

Quanto aos fornecedores, manter boas relações é fundamental. Tendo isso em vista, o hospital acredita que suas relações com os fornecedores são boas, apesar de algumas deficiências que, na visão da instituição, todos os hospitais possuem, tais como problemas de prazos com transportadoras, etc. Com isso, para que se consigam fornecedores que atuem dentro das expectativas do hospital, este conta com uma plataforma digital que gerencia todo o seu processo de compras. E quando fecha um pedido, o fornecedor já recebe esse pedido; a partir disso, o hospital monitora, pelo próprio sistema, a evolução de toda a tramitação da compra. Caso haja inconformidades, o fornecedor tem o direito de manifestar-se e, conforme a gravidade, penaliza-se os fornecedores, deixando-os afastados por determinados períodos. Todo esse processo é deixado claro no manual que é fornecido, onde se esclarece como as coisas funcionam e a que penalidades eles estão sujeitos.

Por fim, como a inovação está intrinsecamente relacionada com o desempenho organizacional, percebe-se a necessidade de levantar a variação das vendas. Nesse cenário, o hospital declara crescimento a partir dos últimos cinco anos. Inclusive, com um aumento bastante significativo dos serviços prestados. Tal crescimento está atrelado à renovação de contrato com o Estado, que é o maior cliente do hospital. Estima-se que, nos últimos cinco anos, aumentaram, em 100%, as vendas dos serviços prestados.

Conquanto se tenha grande aumento dos serviços prestados e como o Estado é o maior cliente do hospital, a prestação de serviço hospitalar para o SUS, segundo a instituição, nunca é superavitária. Para o hospital, isso se caracteriza como regra no Brasil, pois, para cada gasto que tem, o Estado reembolsa entre 60% e 65% dele, sendo necessária a busca de outros modos de compensação desse *deficit*, tais como convênios. Nesse sentido, hoje, o hospital trabalha no equilíbrio, em termos operacionais. Percebe-se essa realidade no próximo relato fornecido pelo diretor:

“Não sobra margem para investimento, que é o caso dos hospitais privados, aqueles que só atendem particulares ou convênios. Eles têm margem para investimento. Eles precisam que dê lucro para que haja investimento. Nós, com muita criatividade, com muito trabalho administrativo, conseguimos manter aquilo que o Estado e a União não conseguem, que são as manutenções normais daquilo que já se tem. Faz algum tempo[...] Temos que fazer um malabarismo enormes para manter aquilo que o Estado exige.” (Diretor de Controladoria)

Relativamente à variação da aquisição de novos clientes, último tópico do desempenho, o hospital leva em consideração que está em sua capacidade operacional total e não há recursos para realizar investimentos para o crescimento do hospital e, conseqüentemente, aumentar a aquisição de novos clientes. Além disso, o hospital é o único em uma região de 14 municípios. Ele atende a população desses municípios que compreendem a região e, na sua visão, para aumentar a clientela, precisa aumentar a população. Importante salientar que o hospital não tem estimativa de aquisição de novos clientes nos últimos anos.

#### **5.4 Caso 4**

O hospital que representa o quarto caso aqui retratado é uma extensão de uma instituição filantrópica de saúde. Essa instituição, utilizando recursos de isenções fiscais, vislumbrou a oportunidade de utilizar seu conhecimento e tradição no campo da saúde para o desenvolvimento de um Sistema Regional de Saúde, dando início às atividades do caso doravante retratado. Nesse sentido, o complexo foi inaugurado em 1º de julho de 2014, em uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre, ainda se encontrando em fase de implantação.

Na atual fase estão disponíveis para a unidade de internação 62 leitos adultos e pediátricos para pacientes atendidos no pronto atendimento. Nas fases seguintes serão abertos os demais leitos de Internação, o Centro Cirúrgico, o Centro Obstétrico, o Serviço de Reabilitação e a Unidade de Terapia Intensiva Adulta, o que totalizará 169 leitos a disposição da comunidade. Desses 169, 62 serão para pacientes adultos clínicos ou cirúrgicos, 26 leitos para pacientes clínicos pediátricos, 6 leitos para gestantes, 12 leitos para pós-parto, 5 leitos para cuidados intermediários de recém-nascidos, 10 leitos de UTI e 48 leitos de passagem/observação.

Essa estrutura 100% SUS gera em torno de 60 milhões de reais (5 milhões mensal em média) de receita proveniente de contratos com o Estado (25%), com a União (50%), além de

recursos do hospital filantrópico da qual faz parte (25%). Essa receita é sustentada por 436 colaboradores que se subdividem em: 380 colaboradores sob o regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), 20 médicos baseados em regime de pessoa jurídica que atuam no âmbito cirúrgico e nas análises de imagem, além de 36 colaboradores terceirizados que atuam na esfera da alimentação e manutenção do hospital.

Assim, para o mapeamento dos *drivers*, foi entrevistado a gerente médica do hospital, que está no cargo há aproximadamente 3 anos. Essa entrevista teve duração de aproximadamente uma hora e seguiu semelhantemente aos outros três casos aqui retratados, isto é, observou o fio condutor os *drivers* da inovação em serviços referendados na literatura deste trabalho.

Adentrando nos drivers, sendo o primeiro “Cultura Organizacional”, pode-se perceber que, para aproveitar a criatividade do pessoal, realizam-se atividades específicas que atuam como motivadores da criatividade. Essas atividades se materializam no SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho) que tem o intuito de orientar e prevenir questões referentes aos acidentes de trabalho. Nesse evento há um dia específico em que se busca apresentar os talentos internos que se destacaram no hospital. Além disso, existe uma atividade chamada “Que orgulho”, que consiste em quando determinado colaborador orgulha-se de trabalhar com alguém de sua equipe, podendo fazer o reconhecimento por escrito desse elogio.

No que tange o papel da liberdade e autonomia para seu pessoal, segundo tópico abordado pelo driver “Cultura Organizacional”, pode-se dizer que o hospital procura uma abordagem aberta desde a sua concepção, pois um dos objetivos de hospital quanto aos seus colaboradores consiste em que sejam moradores da região onde se situa a instituição, de modo com que seja gerada renda e empregabilidade para a comunidade local. Para atingir esse objetivo de contar com colaboradores pertencentes à região, gerando empregabilidade e renda, o hospital trabalha para que eles proponham ideias através de projetos específicos, de modo com que tais atividades gerem benefícios tanto para o hospital quanto para a comunidade. Dessa forma, os colaboradores possuem a liberdade de a qualquer momento levantar ideias que possam gerar valor, sendo motivados a sugerir ideias pelo fato de que não só estarão melhorando o hospital, mas sim a região onde moram.

Já no que diz respeito à percepção dos riscos inerentes às tomadas de decisões, o hospital percebe que essa percepção é inerente à profissão, abordando que quando o

profissional da área da saúde escolhe esse setor ele já está ciente de tais riscos. Além disso, o hospital percebe que é necessária toda uma estrutura adequada para a prestação desse serviço e, com isso, conta com a instituição na qual é vinculado, que fornece as condições necessárias para minimizar todos os riscos inerentes a essas atividades. Essa relação com a instituição na qual é vinculada é facilitada, pois, segundo o hospital que representa esse caso, a instituição na qual é vinculada, desde sua fundação, trabalha com uma estrutura adequada para o desempenho das atividades, o que diminui muito os riscos.

Dentro do âmbito do driver “Estratégias Organizacionais” a inovação desempenha papel relevante, assim como a sua operacionalização. No caso em questão, o hospital busca através de diversas estratégias inovar, são elas: promover novos processos de gestão e comunicação; desenvolver e compartilhar novos projetos e conhecimento em saúde; assegurar a execução das melhores práticas médicas e assistenciais; disponibilizar infraestrutura sustentável e tecnologia de referência; fomentar o conhecimento desenvolvido, integrando assistência, educação e pesquisa. Essas estratégias, segundo a instituição, atuam como base para que o hospital possua as condições para inovar. Nesse sentido, a operacionalização dessas estratégias acontece através de diversos projetos específicos que possuem o intuito de habilitar ao cumprimento desses objetivos.

Quanto aos mecanismos para analisar novos desenvolvimentos tecnológicos e de mercado, o hospital procura, principalmente, realizar *benchmarking* com outros hospitais objetivando verificar se suas tecnologias estão adequadas ao mercado, assim como avaliar possíveis novos desenvolvimentos. Além disso, o hospital participa do sindicato SINDIHOSPA (Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre), onde também realizam-se avaliações frente aos outros hospitais participantes do sindicato no intuito de levantar questões frente às tecnologias, além de diversas outras questões, tais como tópicos relacionados à nutrição, segurança do trabalho e segurança do paciente. Cabe ressaltar que essas avaliações ocorrem mensalmente em reuniões no âmbito do sindicato.

Além de mecanismos para analisar novos desenvolvimentos tecnológicos e de mercado, o driver “Estratégias” revelou que é necessário deixar claro aos funcionários as estratégias de ações de inovação. Nesse sentido, o hospital busca elucidar suas estratégias através de reuniões periódicas, dependendo da pauta, onde busca-se repassar tudo o que está acontecendo no hospital, isto é, a situação de transparência, questões relacionadas às

inovações, questões relacionadas aos repasses financeiros, o que foi gasto, indicadores, taxa de mortalidade, taxa de ocupação, dentre outros. Percebe-se esse cenário no relato abaixo.

“A gente tem reuniões de repasse mensal para as lideranças, além de reuniões que são de quatro em quatro meses para todos os colaboradores. Então mensal para liderança e a outra para todos os colaboradores onde a gente repassa em situação de transparência, tudo o que está acontecendo, não só as inovações, como inclusive o valor que foi repassado, o que não foi repassado, o que foi gasto, custos, indicadores, taxa de mortalidade, taxa de ocupação, tudo isso é repassado. E através de e-mails também.”  
(Gerente Médica)

Adentrando no driver “Funcionários”, foi percebido que o treinamento para atividades inovadoras e/ou o uso de novas tecnologias são aspectos relevantes para a inovação em serviços. No caso 4 pode-se dizer que o hospital trabalha constantemente com a ferramenta PDCA (Plan-Do-Check-Act), utilizando-a para gerenciar os processos do hospital. A utilização dessa ferramenta permite que o hospital elabore seus treinamentos para atividades inovadoras, assim como para o uso de novas tecnologias. Nesse sentido, os treinamentos acontecem quando se aplica a ferramenta em determinado processo e percebe-se que há necessidades de melhorias. Além disso, há uma escola interna chamada “Escola de Gestão em Saúde” que é responsável pela formação e qualificação de recursos humanos, tendo capacitado em torno de 600 colaboradores nos últimos cinco anos. Vale ressaltar que essa escola ainda realiza pesquisa, entretanto o tópico será retratado adiante, isto é, no *driver* “Pesquisa e Desenvolvimento”.

No que tange a sugestão de ideias, por parte dos funcionários, para melhorar produtos e processos, aborda-se que o colaborador é estimulado a comunicar a sua liderança sempre que ele perceber uma possibilidade de melhoria, pois o hospital entende que isso deve estar culturalmente inserido dentro do ambiente hospitalar, isto é, há uma primazia para que aconteça de maneira orgânica. Além de se reportarem aos seus superiores para sugerir novas ideias, os colaboradores podem cadastrar projetos em uma plataforma que, posteriormente, são avaliados por um comitê, tendo premiações financeiras caso a ideia tenha gerado benefícios para o hospital. O resultado disso é incluído na avaliação de competências na qual o colaborador é submetido e, posteriormente, podem gerar outros tipos de benefícios em decorrência dessa avaliação.

“O funcionário é estimulado a sempre que ele perceber uma possibilidade de melhoria ele deve comunicar a liderança imediata. Ou ele vai fazer isso por e-mail ou de forma presencial, então isso está enraizado. Isso é recompensado, pois já teve uma do estacionamento que ganhou x%”. (Gerente Médica)

Além disso, foi percebido que o processo de recrutamento e seleção e o grau de qualificação dos colaboradores são aspectos que compõem o *driver* “Funcionários” e, com



isso, se tornam relevantes para a inovação em serviços. Nesse sentido, o presente hospital apresenta um processo de recrutamento e seleção a partir do hospital no qual está vinculado, isto é, os dois hospitais adotam os mesmos procedimentos que consistem em um cadastramento no site, uma prova coletiva, uma entrevista coletiva e uma entrevista individual com a liderança do setor do cargo em questão. Já o grau de qualificação se apresenta, segundo o hospital, como elevado, pois há critérios para os diversos cargos que existem. Por exemplo, para o cargo de médico há restrições que se materializam na necessidade de possuir necessariamente residência médica. Outro exemplo que se pode citar é o cargo de auxiliar de limpeza que, mesmo sendo uma atividade teoricamente simples, necessita de segundo grau completo.

No âmbito do *driver* “Pesquisa e Desenvolvimento”, o caso apresenta um departamento institucionalizado de pesquisa e desenvolvimento, chamado Núcleo de Epidemiologia, onde se busca realizar pesquisas não só com o intuito de beneficiar o hospital, mas também a comunidade científica. Exemplo disso são os envios de artigos científicos que foram publicados em revistas científicas indexadas. Além disso, há um relacionamento com universidades da região através de convênios, de modo que o hospital receba alunos oriundos dessas universidades que, por sua vez, ajudam em diversas atividades e, até mesmo, na coleta de dados e na redação dos artigos científicos produzidos pelo hospital. Entretanto, apesar de se relacionar com outras instituições de pesquisas, não há contratação de pesquisa e desenvolvimento externo, isto é, somente interna, que gera um gasto que varia de 1 a 2% da receita mensal.

No que diz respeito às atividades de pesquisa e desenvolvimento realizadas pela organização para criar novos conhecimentos que resolvam problemas do hospital, verifica-se que o hospital foi concebido tendo como um dos pilares a sustentabilidade, o que catalisa projetos voltados para essa área. Exemplo de projetos realizados e que forneceram soluções para problemas do hospital são o aproveitamento da água da chuva, há brises vegetais em paredes, espera para o telhado verde, dentre outras. Além disso, fora da esfera sustentável, houve projetos que buscaram solucionar problemas tais como a baixa taxa de ocupação do hospital, criando um núcleo interno para aumentar essa taxa, dentre outros projetos.

“No ponto de vista geral do hospital, a gente tem esse hospital todo concebido do ponto de vista de sustentabilidade, então com reaproveitador da água da chuva, tem brises vegetais na parede, tem uma espera para telhado verde, etc... e a gente quer fazer pesquisa de custo e efetividade lá na frente. Isso não começou ainda. A gente tem algumas pesquisas que nortearam, por exemplo, tinha uma baixa taxa de ocupação e a

gente criou um núcleo interno de regulação para aumentar a taxa de ocupação.”  
(Gerente Médica)

Finalizado o *driver* “Pesquisa e Desenvolvimento” é necessário voltar-se para o *driver* “Trajetórias Tecnológicas”. O desenvolvimento das tecnologias utilizadas por uma firma desempenha um papel ativo para a inovação e por isso se faz necessário verificar a percepção do hospital quanto ao seu desenvolvimento tecnológico. Nesse sentido, como o hospital apresenta uma relativa juventude, isto é, foi concebido em julho de 2014, não apresenta transformações tecnológicas marcantes. Entretanto, segundo o entrevistado, o hospital conta com o mais alto nível de tecnologias, isto é, apresenta um nível de excelência em termos tecnológicos. Isso se deve ao fato de que o hospital nasceu com o objetivo de ser um modelo que contribua para o sistema de saúde no qual está inserido. Portanto, o hospital considera-se superior em termos tecnológicos frente a seus concorrentes.

Em relação às habilidades técnicas e de gestão dessas tecnologias, pode-se levantar que o presente hospital possui programação anual relacionada a treinamentos voltados às diversas tecnologias leves, leves-duras e duras. Nesse ponto pode-se destacar o acompanhamento desses treinamentos ocorre por meio do indicador “*número médio de horas-treinamento/mês por Colaborador*”. Como exemplo de treinamento relacionado às tecnologias leves, tem-se “Processo de Acolhimento e Classificação de Risco”. Como exemplos de treinamentos relacionados às tecnologias leve-duras tem-se “Treinamento do Programa de Auditoria para a Melhoria da Qualidade”, “Rotinas de Acidentes”, “Protocolo de Sepsis”, “Parada Cardiorrespiratória (PCR) Adulta e Pediátrica”. Por fim, há treinamentos frequentes relacionados às tecnologias duras que envolvem todos os equipamentos em uso no Hospital.

Na esfera do *driver* “Trajetória Institucional”, o hospital percebe que, apesar de sua juventude, sua relação com as instituições políticas e públicas se caracteriza por uma plena inserção dentro dos ditames, pois a concepção do hospital é pautada por uma associação entre um ente privado (instituição na qual o hospital está vinculado) e o Estado, através do sistema municipal que vincula município, o Estado do Rio Grande do Sul e a União. Apesar de a relação ser considerada, em muitos aspectos, facilitada, existem momentos de dificuldade, isto é, pode haver dificuldades econômicas por parte dos entes estatais que, por conseguinte, podem dificultar repasses de investimentos, pois, como citado anteriormente, o presente hospital se caracteriza como 100% SUS, fato que salienta a necessidade de investimentos estatais.

No que diz respeito aos costumes e tradições da sociedade na qual o hospital está inserido e que devem ser consideradas nas atividades, pode-se dizer que o hospital deriva de uma história de luta por parte dos moradores da região, pois sua localização geográfica, distante em torno de 30 quilômetros do centro da cidade, dificultava o acesso a serviços de saúde por parte da população. Nesse sentido, o hospital foi construído devido à luta por parte da sua população para ter acesso a serviços de saúde, tendo sido construído desde o seu início com efetiva participação popular. Exemplo dessa integração hospital-comunidade se deu em estudos que procuraram conhecer a região para, em cima dessa avaliação, poder desenvolver um projeto baseado nas necessidades apontadas. Isso resultou em diversos serviços implementados, tal como a cafeteria, que foi baseada nas concepções da comunidade, dentre outros.

No que tange aos tabus da sociedade que são levados em consideração para as atividades do hospital, pode-se ressaltar que há uma concepção por parte da comunidade de que sua emergência é mais importante que a do outro. Nesse sentido, o hospital elabora algumas atividades para a conscientização da comunidade de que existem classificações de riscos que pautam as atividades do hospital. Uma dessas atividades é a utilização da TV local para comunicar toda a comunidade de como funciona o processo de avaliação de riscos para que desse modo haja a conscientização de que existem parâmetros que são seguidos. Há também reuniões com líderes locais para explicar a realidade para que, posteriormente, eles repassem essas informações à população.

Quanto aos drivers “Competidores”, o hospital busca compartilhar suas experiências com outros hospitais para melhorar seus serviços através de participações em fóruns e parcerias com outras instituições hospitalares na região em que realiza suas atividades. Essas parcerias ocorrem porque, por vezes, há a necessidade de transferências de pacientes para outros hospitais, além de o sistema de saúde no qual o hospital está inserido requer essas trocas de informações entre os hospitais que fazem parte do sistema. Entretanto, o hospital não percebe os outros hospitais como sendo concorrentes, mas sim como parceiros que integram um sistema de saúde. Verifica-se abaixo o relato do entrevistado que relata esse cenário.

“Aí eu acho que entra os fóruns que a gente comentou, porque a gente participa de todos os fóruns que existe. Além disso, gente tem parceria com as instituições aqui do território que são unidades básicas de saúde. Um hospital próximo que a gente tem é o Vila Nova que é um aliado nosso porque a gente precisa transferir pacientes para lá e assim também é com o sistema municipal.” (Gerente Médica)

Já a comparação sistemática de produtos (serviços) e processos ocorre através de *benchmarking* no SINDIHOSPA (Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre) e através da instituição na qual o hospital é vinculado, isto é, o hospital se utiliza desse vínculo para estar constantemente baseando seus produtos (serviços) e processos nesse hospital. Além disso, por participar de um sistema de saúde, existe uma secretaria desse sistema que levanta dados dos hospitais componentes e após esse levantamento emite dados consolidados desses hospitais. Através desses dados é possível que cada hospital realize suas comparações de modo que possam verificar se seus serviços estão adequados com a realidade majoritária.

No *driver* “Clientes” a compreensão das necessidades assume papel relevante. Para atingir a compreensão, o caso aqui retratado realiza pesquisas de satisfação com os pacientes, possuem formulários de críticas e sugestões e uma ouvidoria. Além disso, há fóruns com representantes que a comunidade elege, montando conselhos que, por sua vez, levantam questões junto à comunidade e, posteriormente, repassando essas questões em forma de sugestões, opiniões e críticas. Essas informações são discutidas nesses fóruns, buscando a melhoria dos serviços através da percepção da comunidade. Além disso, essas ferramentas também são usadas para incentivar os pacientes a participar do processo de prestação do serviço como, por exemplo, a avaliação da satisfação, onde existe a possibilidade de a pessoa contribuir, inclusive com sugestões que possam melhorar os serviços que foram prestados.

No âmbito do *driver* “Fornecedores” o hospital pauta suas relações através de um código de conduta ética que preconiza as relações com seus fornecedores, assim como a relação com qualquer pessoa dentro do ambiente hospitalar. Balizado por esse código de ética, o hospital realiza cotações sempre guiadas pelo menor preço e a partir dessas cotações abre-se uma carta convite para que os interessados possam apresentar suas ofertas sobre os serviços requisitados. Após a apresentação das propostas, em envelope fechado, há uma reunião de gestores para que se possam avaliar tais propostas e, conseqüentemente, decidir qual opção é a que melhor se enquadra para o hospital. Posteriormente, há uma avaliação específica do hospital feita pelo setor de suprimentos, buscando verificar se o que foi oferecido se enquadrava dentro dos parâmetros que foram requisitados. Entretanto, detalhes sobre essa avaliação não foram fornecidos.

Por fim, finalizando o caso aqui retratado, levanta-se o desempenho organizacional, sendo a variação de vendas nos últimos anos o primeiro aspecto avaliado. O hospital aborda que há uma demanda constante de atendimentos, totalizando cerca de 50 a 60 mil

atendimentos médicos dentro desse período. Entretanto, nos meses de inverno há um relativo aumento de demanda, pois com a mudança de estação há doenças que se acentuam. Muito embora esse cenário se apresente como um padrão, no presente ano há uma diminuição de aproximadamente 5%, o que influenciou a meta estipulada para o período.

Outros pontos analisados quanto ao desempenho são a lucratividade que o hospital apresentou nos últimos anos e a aquisição de novos clientes. Segundo o hospital, não há o objetivo de lucrar com suas atividades. A gestão do hospital, através dos recursos recebidos, tem o intuito de melhorar a eficiência e ter menos gastos, isto é, busca o objetivo de ser “sustentável”. Portanto, caso o hospital realize menos gastos e obtenha uma sobra de recursos, busca-se um reinvestimento no sentido de realizar melhorias nos serviços que estão sendo prestados. Além disso, e seguindo a mesma lógica, o hospital não busca aquisição de novos pacientes, mas sim busca com que haja a diminuição, pois há a primazia pela prestação de um serviço de qualidade. Segundo o hospital, existem outros hospitais que tratam a questão de metas, entretanto não há a adoção dessa prática por parte do hospital.

## 6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

De forma isolada, os quatro casos que compõem este trabalho foram descritos na seção anterior revelando suas particularidades de forma detalhada. Entretanto, para haver uma visão sistêmica dos casos em tela, é necessário relacioná-los conforme a estrutura linear clássica de relatos de estudo de caso proposta por Yin (2005).

Nesse sentido, para haver, primeiramente, uma descrição dos casos aqui estudados, apresenta-se as variáveis de controle para realizar essa atividade. São elas: tamanho, tempo de existência e local onde estão inseridos os hospitais (COMANOR, 1967; SCHERER, 1991; PIRES; BECHEIKH ET AL., 2006; SARKAR; CARVALHO, 2008; AMARA; LANDRY; DOLOREUX, 2009; TIDD; BESSANT, 2009; CIS, 2012; VERGORI, 2014). Frente a isso, foi possível constatar que os hospitais se diferem de tamanho, cujas receitas variam entre 30 milhões de reais a 85 milhões de reais. Na variável relativa ao tempo de existência, os hospitais têm entre 3 e 155 anos de atividade. Já em localização, situam-se em diferentes regiões do estado do Rio Grande do Sul: região central, região da campanha, região centro-sul e região metropolitana de Porto Alegre. Na continuidade, essas informações estão sintetizadas no Quadro 12.

**Quadro 12** - Síntese das variáveis de controle

Variáveis de Controle	Indicadores	Referências	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
<b>Tamanho</b>	Receita aproximada do último ano financeiro.	Tidd e Bessant (2009), CIS (2012); Amara, Landry e Doloreux (2009); Comanor (1967) Scherer (1991); Pires, Sarkar e Carvalho (2008)	85 milhões	30 milhões	35 milhões	60 milhões
<b>Tempo de existência</b>	Média de idade da firma.	Tidd e Bessant (2009)	47 anos	155 anos	41 anos	3 anos
<b>Local</b>	Local onde a empresa se situa.	Tidd e Bessant (2009); CIS (2012); Becheikh et al. (2006); Vergori (2014)	Região Central do Rio Grande do Sul	Região da Campanha do Rio Grande do Sul	Região Centro-Sul do Rio Grande do Sul	Região Metropolitana de Porto Alegre

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

Adentrando pelos *drivers* propriamente ditos, o primeiro que é pautado por este trabalho é a cultura organizacional. Esse *driver* suporta que encorajar o pessoal a pensar

criativamente, promover um ambiente de liberdade e autonomia para o capital humano desenvolver inovações, além da aceitação de riscos por parte desse capital humano, são fatores fundamentais para a inovação ocorrer (SHATTOW, 1996; AMABILE, 1998; CLAVER ET AL., 1998; MCLEAN, 2005; FILIPESCU 2007). No que tange ao encorajamento do pessoal a pensar criativamente, percebeu-se que os hospitais pesquisados apresentam diferentes realidades. Por um lado, o caso aqui representado como Caso 1 demonstra uma estrutura engessada, em que se busca pouco, ou quase nada, aproveitar a criatividade do pessoal, pois apresenta ideias muito insipientes. Por outro lado, no Caso 2, percebe-se que a criatividade está intimamente ligada ao conceito de liberdade que o hospital se propõe a desenvolver. Com isso, os colaboradores, desde sua entrada no hospital, percebem um ambiente no qual suas sugestões podem ser implementadas, não inibindo a criatividade. Já o caso aqui retratado como Caso 3 procura traçar um cenário de liberdade a partir da gestão de competências, em que se procura atribuir a pessoa certa para o cargo certo, na tentativa de que se consiga aproveitar as habilidades de cada colaborador a fim de que, com isso, a criatividade surja naturalmente. O caso 4 apresenta projetos específicos, tal como o “Que orgulho”, que é quando determinado colaborador orgulha-se de trabalhar com alguém de sua equipe, podendo fazer o reconhecimento por escrito desse elogio, além de apresentações que buscam destacar buscam apresentar os talentos internos.

No indicador que trata de promover um ambiente de liberdade e autonomia para o capital humano desenvolver inovações (AMABILE, 1998; MCLEAN, 2005), a realidade do Caso 1 não parece acompanhar o indicador de criatividade retratado anteriormente. Para o hospital, há uma abertura para que o pessoal desenvolva a liberdade e autonomia individualmente, principalmente no tocante ao planejamento. Já o Caso 2, revela um cenário em que todos possuem a liberdade de sugerir novas ideias de modo que isso melhore as atribuições que lhes são instituídas, além de ter autonomia para discutir e rediscutir os processos. O Caso 3, por sua vez, prima por delegar autoridade para os colaboradores a fim de que eles tenham liberdade para a tomada de decisão, mas com responsabilidade. Quando essa tomada de decisão extrapola as capacidades dos colaboradores, passa-se para os superiores para que estes orientem o colaborador a tomar tal decisão. Por outro lado, o caso 4 apresenta um cenário com certa semelhança ao caso 2, dando a liberdade de a qualquer momento levantar ideias que possam gerar valor.

Por fim, relativamente ao *driver* cultura organizacional, o último indicador é referente à aceitação de riscos frente à tomada de decisão (CLAVER et al., 1998; FILIPESCU 2007) e os casos aqui retratados se apresentam diferentemente. O Caso 1 retrata que o pessoal age conscientemente dos riscos inerentes à prestação de serviços hospitalares e, com isso, tenta antever as situações que possam vir a ocorrer, possuindo a liberdade para tomar determinadas decisões. Quanto ao Caso 2, o hospital apresenta-se como, de maneira geral, também consciente dos riscos inerentes a essa atividade. Para isso, procura que seus colaboradores sejam suficientemente maduros para perceberem tais riscos. Nesse sentido, hoje, o hospital que representa o Caso 2 conta com aproximadamente 80% do seu pessoal com idade superior a 20 anos. Já o Caso 3 promove o desenvolvimento de planos operativos para cada setor do hospital, constando em cada plano a definição do que está dentro das capacidades de cada colaborador. O caso 4 aborda que a aceitação de riscos já é uma característica inerente à profissão, abordando que quando o profissional da área da saúde escolhe esse setor ele já assume tais riscos. A seguir, no Quadro 13, coloca-se sinteticamente a situação geral do *driver* cultura organizacional.

**Quadro 13** - Síntese dos resultados referentes ao *driver* cultura organizacional

<i>Drivers</i>	<b>Indicadores</b>	<b>Referências</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>
<b>Cultura Organizacional</b>	Encorajar o pessoal a pensar criativamente.	Shattow (1996)	Estrutura engessada, onde se quase nada aproveitar a criatividade do pessoal	Sugestões podem ser implementadas a qualquer hora, o que ajuda a criatividade	Gestão por competências para que cada colaborador atue no cargo adequado e desenvolva suas habilidades criativamente	Projetos específicos destacar funcionários com desempenho superior
	Ambiente de liberdade e autonomia para o capital humano desenvolver inovações.	Amabile (1998); McLean (2005)	Abertura para que o pessoal se desenvolva livremente	Liberdade de discutir o processo a qualquer	Delega autonomia com responsabilidade	A qualquer momento o colaborador pode levantar ideias que possam gerar valor
	Pessoal é acostumado a aceitar riscos.	Claver, Llopis, Garcia, & Molina (1998); Filipescu (2007)	Consciente dos riscos inerentes à atividade	Os riscos são compreendidos através de um aparato específico para tomada de decisão	Planos operativos, que definem as capacidades do colaborador	Aceitação de riscos já é uma característica inerente à profissão

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2017).



No âmbito das estratégias, a literatura ressaltou que a percepção dos gerentes a respeito da *inovação*, assim como as estratégias desenvolvidas para alcançá-las, são fatores fundamentais para a firma (TIDD; BESSANT, 2009; TOIVONEN; TUOMINEN, 2009). Nesse sentido, percebeu-se, ao analisar os casos aqui retratados, que, de maneira geral, esse indicador se apresenta muito incipiente ou voltado para as tecnologias. Por exemplo, o Caso 1 não conta com um programa estratégico voltado especificamente para promover inovações, focalizando-se especificamente na aquisição de tecnologias ou de tecnologias de informação que implementem o tratamento do paciente. Os casos 2 e 3 revelaram uma realidade semelhante, pois existem dificuldades financeiras e, por meio delas, busca-se desenvolver estratégias que facilitem a aquisição de tecnologias da informação. Por outro lado, a inovação ocupa um papel estratégico para a realidade do caso 4. O hospital estabelece diversas estratégias que almejam a inovação, são elas: promover novos processos de gestão e comunicação; desenvolver e compartilhar novos projetos e conhecimento em saúde; assegurar a execução das melhores práticas médicas e assistenciais; disponibilizar infraestrutura sustentável e tecnologia de referência; fomentar o conhecimento desenvolvido, integrando assistência, educação e pesquisa.

Outro indicador referente às estratégias é a implementação de mecanismos, por parte da firma, para analisar os novos desenvolvimentos tecnológicos e de mercado (TIDD; BESSANT, 2009). Nesse sentido, os Casos 1 e 2 apresentam a estratégia de custos para analisar os desenvolvimentos de mercado. O Caso 1 utiliza licitações como mecanismo de desenvolvimento tecnológico. Já o Caso 2 realiza análises de mercado. Por sua vez, o Caso 3 busca incentivar seus profissionais a participarem de cursos específicos da área para que, nesse sentido, consigam extrair o que há de mais avançado em termos de tecnologias e de mercado. Com essa participação em cursos, o hospital conseguiu implantar diversas tecnologias que possibilitaram o desenvolvimento da área. O caso 4 realiza benchmarking com outros hospitais objetivando verificar se suas tecnologias estão adequadas ao mercado, além de participar do sindicato SINDIHOSPA (Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre), onde também se realizam avaliações frente às tecnologias de outros hospitais.

Para finalizar o *driver* estratégias, a literatura suportou que existe a necessidade de a firma deixar seus funcionários cientes de suas estratégias de ações de inovação (TIDD; BESSANT, 2009). Cada caso assinalou suas particularidades para lidar com a consciência dos funcionários a respeito das estratégias de inovação dos hospitais. O Caso 1, por exemplo, não

possui estratégias voltadas para o desenvolvimento de inovações e, por isso, não consegue deixar isso claro para seus colaboradores. Já o hospital que representa o Caso 2, desde o início do processo seletivo, deixa evidentes todas as intenções do hospital, enfatizando que não é simplesmente entrar no hospital, prestar o serviço e ir embora, mas sim estar comprometido ao máximo. Já o Caso 3 busca, mediante reuniões, captar as necessidades da instituição e deixá-las claras para os colaboradores, pois, como o hospital visa à integração, todos os setores devam estar em sinergia para que se possa prestar o serviço da maneira que se espera. O caso 4 busca elucidar suas estratégias através de reuniões periódicas, dependendo da pauta, onde se busca repassar tudo o que está acontecendo no hospital em questões de inovação, além dos diversos outros tópicos relacionados à gestão do hospital. No Quadro 14, sintetiza-se o *driver* estratégia, assim como os resultados de cada caso.

**Quadro 14** - Síntese dos resultados do *driver* estratégias

Drivers	Indicadores	Referências	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Estratégias	Os gerentes percebem a inovação como um fator determinante de desenvolvimento e estabelecem estratégias para desenvolvê-la.	Toivonen e Tuominen (2009); Tidd e Bessant (2009)	Não existe um programa estratégico específico para inovação.	Estratégias para desenvolvimento tecnológico.	Estratégias para desenvolvimento tecnológico.	Inovação desempenha papel estratégico e define-se sendo objetivos para alcançá-la.
	A organização implementa mecanismos para analisar os novos desenvolvimentos tecnológicos e de mercado.	Tidd e Bessant (2009)	Avalia o custo/benefício	Estratégias de custos	Funcionários participam de cursos específicos	Realiza benchmarking e participa de sindicato
	A empresa busca deixar seus funcionários cientes sobre suas estratégias de ações de inovação.	Tidd e Bessant (2009)	Como não existem estratégias específicas para inovação, colaboradores não ficam cientes	A partir do processo seletivo busca-se clarear o cenário do hospital e o que se espera de um possível colaborador	Através de reuniões, busca captar as necessidades da instituição e as deixar clara	Elucida suas estratégias através de reuniões periódicas

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

Além das estratégias, outro *driver* identificado pela literatura do presente trabalho foram os funcionários da firma. Por conseguinte, constatou-se que o treinamento para atividades inovadoras e uso de novas tecnologias é indicador da inovação para as firmas

(GRILLICHES, 1960; CAMISÓN; EMONFORT-MIR, 2012; CIS, 2012). Esse indicador é semelhante nos três primeiros casos estudados, apresentando treinamentos voltados para o uso de novas tecnologias. Tais treinamentos, geralmente, são atrelados ao momento no qual os hospitais estão realizando compras frente a essas novas tecnologias, isto é, o hospital compra e, a partir da compra, solicita à empresa fornecedora o treinamento adequado para o uso da tecnologia referente. Por outro lado, o último caso, o caso 4, trabalha os treinamentos a partir da ferramenta PDCA (Plan-Do-Check-Act), utilizando-a para gerenciar os processos do hospital e, por conseguinte, a partir dela, desenvolver treinamentos seja para atividades inovadoras, seja para o uso de novas tecnologias.

Outro indicador referente ao *driver* funcionários baseia-se na sugestão de ideias por parte dos colaboradores para melhorar serviços ou processos, além das recompensas dadas por essa atividade (TIDD; BESSANT, 2009; OSTROM et al., 2010). Os Casos 1 e 3, nesse aspecto, apresentam semelhanças. Enquanto o hospital referente ao Caso 1 apresenta um momento de avaliação, que é quando são sugeridas novas ideias; o Caso 3 realiza reuniões que têm como pauta levantar iniciativas que possam trazer ideias que minimizem os custos. Já o Caso 2 não possui um momento específico e *prima* para que esse fenômeno ocorra de maneira orgânica dentro do hospital, ou seja, o funcionário tem a liberdade de sugerir, discutir e rediscutir o processo, seja com o provedor (cargo de maior escala no nível hierárquico do hospital), ou com qualquer outro colaborador, quando sentir que é necessário. Da mesma forma que o caso 2, o caso 4 estimula o colaborador a comunicar a sua liderança sempre que ele perceber uma possibilidade de melhoria ou de geração de valor. No que tange às recompensas, os Casos 1 e 3 não apresentam recompensas para a sugestão de novas ideias. Já o Caso 2, a partir de sugestões, conseguiu implantar uma pós-graduação no ambiente hospitalar, de modo que os funcionários consigam se especializar. O caso 4 apresenta recompensas financeiras específicas conforme o valor criado pela ideia do colaborados.

Quanto ao grau de qualificação dos funcionários e como é feita a seleção e recrutamento (LALL, 1992; PAVITT, 1998; KIM, 1999; CAMISÓN; EMONFORT-MIR, 2012; CIS, 2012), os casos aqui retratados apresentam seus colaboradores como tendo diversos níveis de qualificação, desde o ensino médio até doutores. Por exemplo, o Caso 1, por ser um hospital vinculado a uma instituição de ensino, conta, em seu quadro de funcionários, com doutores que realizam pesquisas no âmbito do hospital. Semelhantemente ao caso 1, o caso 4 apresenta em seu quadro de colaboradores diversos graus de escolaridade

que vão desde o ensino médio até o nível de doutores. Por sua vez, nos Casos 1 e 2 há qualificações que vão desde o ensino médio até o terceiro grau. Nesse sentido, para suportar esse quadro de qualificação, há concursos públicos para o Caso 1 e processos específicos para os Casos 2 e 3. O Caso 2 apresenta uma matriz de perfis que é a base dos processos de seleção e recrutamento; o Caso 3 recruta e seleciona a partir das necessidades de cada setor. Por fim, o caso 4 apresenta procedimentos que consistem em um cadastramento no site, uma prova coletiva, uma entrevista coletiva e uma entrevista individual com a liderança do setor do cargo em questão. No Quadro 15, elenca-se os resultados do *driver* funcionários.

**Quadro 15** - Síntese do *driver* funcionários

<i>Drivers</i>	Indicadores	Referências	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
<b>Funcionários</b>	Treinamento para atividades inovadoras e uso de novas tecnologias.	Camisón e Emonfort-Mir (2012); CIS (2012); Grilliches (1960)	Treinamento para o uso de novas tecnologias.	Treinamentos voltados para novas tecnologias	Treinamentos voltados para novas tecnologias	Utiliza a ferramenta PDCA para verificar a necessidade de treinamentos.
	Funcionários sugerem ideias para melhores serviços e processos, sendo recompensados por isso.	Tidd e Bessant (2009); Ostrom et al. (2010)	Sugestão de ideias ocorre no momento de avaliação do funcionário. Sem recompensas.	Acontece de maneira orgânica. Sem recompensas	Sugestão de ideias em reuniões periódicas. Sem recompensas	É estimulado a comunicar, a qualquer momento, ideias que possam gerar valor
	Grau de qualificação dos funcionários e como é feita a seleção e recrutamento.	CIS (2012); Camisón e Emonfort-Mir (2012); CIS (2012); Lall, (1992); Pavitt (1998); Kim (1999)	Desde médio a doutores. Processo de seleção e recrutamento: concurso público.	Médio e superior. A partir dessa matriz, realiza o processo de seleção e recrutamento.	Médio e superior. Processo seletivo se faz pelo supervisor psicólogo e diretores.	Diversos níveis: desde ensino médio até doutores. Recrutamento e seleção: cadastramento no site, prova coletiva, entrevista coletiva individual

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2017).

Conforme a literatura pesquisada, outro *driver* que se mostrou relevante é pesquisa e desenvolvimento. Nesse sentido, a existência de centros de pesquisa e desenvolvimento e suas relações com outras instituições de pesquisa e os gastos com essas atividades tornam-se relevantes (HAGEDOORN; MYRIAM; CLOODT, 2003; YAM, 2004; FIGUEIREDO, 2009;

CAMISÓN; MONFORT-MIR, 2012; CIS, 2012). O Caso 1, nesse aspecto, apresenta um centro institucionalizado de pesquisa e desenvolvimento: gerência de ensino e pesquisa. Essa gerência conta, hoje, com aproximadamente 60 projetos de pesquisas, que são desenvolvidas tanto por seu corpo médico quanto por alunos de graduação, residência, mestrado e doutorado. Quanto às relações externas do hospital do Caso 1, no que tange ao *driver* pesquisa e desenvolvimento, existem, por exemplo, parcerias com fábricas de medicamentos, laboratórios, etc. O outro caso que apresenta departamento institucionalizado é o caso 4. Esse departamento se materializa no chamado Núcleo de Epidemiologia, local onde se busca realizar pesquisas não só com o intuito de beneficiar o hospital, mas também a comunidade científica, assim como receber alunos através de convênios com universidades. Assim, se o Caso 1 e 4 revelam tais aspectos, por sua vez, os Casos 2 e 3 não têm centros de pesquisa e desenvolvimento e, conseqüentemente, não possuem dados referentes aos gastos com essas atividades.

Outro indicador relevante para o *driver* pesquisa e desenvolvimento é o de realizar atividades de P&D para criar novos conhecimentos com o objetivo de resolver problemas (CIS, 2012). Nesse quesito, os hospitais dos Casos 1 e 2 apresentam semelhanças, pois cercam desenvolver projetos voltados para a área energética do hospital na tentativa de diminuir custos. O Caso 2 ainda realiza auditorias a fim de levantar aspectos que contribuam para a implementação de programas de qualidade. Já o Caso 3 realizou projetos voltados para a área médica, pois o hospital, por um período, não contava com médicos em tempo integral. Por fim, o caso 4 apresenta projetos de cunho sustentável, tais como aproveitamento da água da chuva e uma espera para um futuro telhado verde. A seguir, o Quadro 16 sintetiza os resultados do *driver* pesquisa e desenvolvimento.

Já a trajetória tecnológica é suportada pelos indicadores emprego de tecnologias ao longo do tempo, sendo essas compatíveis e/ou superiores às da concorrência (RAY et al., 2000; MUHANNA; BARNEY, 2005; CAMISÓN; MONFORT-MIR, 2012; CIS, 2012) e as habilidades técnicas e de gestão das tecnologias (CHANDLER; HANKS, 1994; BHARADWAJ, 2000). Quanto ao primeiro indicador, cada caso apresentou fases distintas quanto ao emprego das tecnologias ao longo do tempo. O Caso 1, por exemplo, a partir do ano 2000 até o presente momento, teve uma evolução da medicina aliada ao desenvolvimento tecnológico, assim, tornando o serviço muito mais seguro; hoje, dando ao profissional a possibilidade de trabalhar com uma segurança muito maior ao lidar com a vida dos pacientes,

obtendo os respaldos necessários por meio de novas práticas médicas e das tecnologias voltadas para a saúde, diferentemente da fase anterior, que se baseava somente nos conhecimentos médicos.

**Quadro 16** – Síntese dos resultados referentes ao *driver* pesquisa e desenvolvimento

<i>Drivers</i>	<b>Indicadores</b>	<b>Referências</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>
<b>Pesquisa e Desenvolvimento (P&amp;D)</b>	Existência de centros de P&D e suas relações com instituições de pesquisa e/ou contratação de P&D externo.	Yam (2004), Figueiredo (2009); CIS (2012)	Existem e realizam parcerias com a iniciativa privada	Não	Não.	Núcleo de Epidemiologia. Relaciona-se com universidades
	Gastos.	Hagedoorn e Myriam Cloodt (2003); Camisón e Monfort-Mir (2012)	2% do faturamento total.	Não há	Não há.	De 1 a 2% do faturamento mensal.
	Desenvolver atividades de P&D para criar novos conhecimentos com o objetivo de resolver problemas.	CIS (2012)	Área energética.	Auditorias e planejamento estratégico	Projetos para haver médicos em tempo integral.	Projetos voltados para a área de sustentabilidade.

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2017).

Já o Caso 2, a partir de 2010, tem conseguido contornar as dificuldades do passado, passando a contar com diversos aparatos tecnológicos de ponta, tal como o tomógrafo e outros, que colocam o hospital como referência dentro dos municípios da região em que atua. Essa mesma situação ocorre com o Caso 3, porém com diferença temporal, em 2012, esse hospital teve um marco sustentado pela implantação do sistema Soul, que cercou a integração de todos os setores do hospital. Além disso, foi equitativamente investindo em tecnologias que abrangessem todas as áreas. Hoje, conta com prontuário eletrônico, exames totalmente integrados com o sistema do hospital, entre outras tecnologias. Isso trouxe um ganho de qualidade e produtividade notável na visão da instituição. Por fim, o caso 4 apresenta uma relativa juventude, não apresentando transformações tecnológicas marcantes. Entretanto, segundo a fonte consultada, o hospital conta com o mais alto nível de tecnologias, isto é, apresenta um nível de excelência em termos tecnológicos.

Quanto às habilidades e técnicas de gestão, os hospitais buscam, a partir de duas fontes, implementar esse fator: participação em redes de hospitais e treinamentos com os próprios fornecedores. No tocante à primeira fonte, o Caso 1 mostrou-se adepto dessa estratégia, pois conseguiu, com ela, um aprimoramento significativo em relação ao monitoramento do paciente, através da troca de informações entre os colaboradores frente aos casos que surgem. Os Casos 2 e 3 apresentam similaridades, visto que visam, por meio de seus fornecedores, no momento da compra, o treinamento necessário para o manuseio das tecnologias que estão sendo adquiridas. Por outro lado, o caso 4 não segue o padrão apresentado pelos casos anteriores e possui uma programação anual relacionada a treinamentos voltados às diversas tecnologias, contando com cargas horárias estabelecidas para essas atividades. No Quadro 17, percebe-se esses resultados de maneira sucinta.

**Quadro 17** - Síntese dos resultados referente ao indicador trajetória tecnológica

<i>Drivers</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Referências</i>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>
<b>Trajectoria Tecnológica</b>	Emprego de tecnologias ao longo do tempo, sendo essas compatíveis e/ou superiores com as da concorrência.	CIS (2012); Camisón e Monfort-Mir, (2012); Ray, Muhanna e Barney, (2005); Sircar, Turnbow e Bordoloi, (2000)	Evolução após 2000, igualando o hospital ao mercado	Evolução após 2010, percebendo uma superioridade frente ao mercado.	Evolução após 2012, percebendo uma compatibilidade com o mercado	Não apresenta transformações marcantes. Tecnologias são superiores à média dos concorrentes.
	Habilidades técnicas e de gestão das tecnologias.	Bharadwaj (2000); Chandler e Hanks (1994)	Participa de uma rede de hospitais	Treinamentos no momento da compra	Treinamentos no momento da compra	Conta com treinamentos periódicos voltados para tecnologias.

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2017).

A outra trajetória identificada pela literatura como importante para a inovação é a trajetória institucional. Nesse sentido, foi verificado que os incentivos e as barreiras impostas pelo setor público ao longo dos anos atuam no desenvolvimento de inovações (NELSON; WINTER, 1977; DOSI, 1982; SUNDBO; GALLOUJ, 1998; LUNDEVALL, 2007; CAMISÓN; MONFORT-MIR, 2012; CIS, 2012; CAMACHO; RODRIGUEZ, 2015). Frente a isso, os hospitais aqui retratados percebem diferentemente a relação do hospital e o Estado. O Caso 1, por exemplo, entende que, conforme a linha de atuação do governo, mudam-se as influências recebidas pelo hospital, isto é, verificou-se, com o passar do tempo, que um

governo ideologicamente voltado para o Estado realizava maiores investimentos em hospitais públicos, enquanto um governo “liberal” focalizava os privados. Tem-se que o Caso 2 percebe que a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi um marco para as instituições formais, afetando diretamente o contexto do hospital e como ele passou a desenvolver-se. Isso aconteceu porque a Constituição Federal, mediante seu Artigo 196, estabelece que a saúde é um direito de todos, assim como é um dever do Estado. Já o Caso 3 entende que, no ano de 2007, passou a adotar a forma de contratos para se relacionar com o Estado, e foi essa forma que tornou possível melhorar a organização da instituição. Por fim, o caso 4 percebe que suas relações com os entes públicos se dão por uma plenitude quando se trata da inserção dentro dos ditames e pode ser considerada uma estreita relação, pois, o hospital foi concebido para ser um modelo para o SUS. Entretanto, segundo o hospital, essa relação varia de acordo com o cenário econômico enfrentado pelo Estado.

Também há, na esfera da trajetória institucional, indicadores de tabus, punições, costumes, tradições e códigos de conduta da sociedade que retratam as instituições informais de uma sociedade e possuem relações com a inovação (DURKHEIM 1977; BERGER; LUCKMANN 1978). A maioria dos casos tem serviços que procuram levar em consideração as peculiaridades da sociedade em que estão inseridos. O Caso 1, por exemplo, leva em consideração a sua posição geográfica, assim como o grande número de universidades presentes na cidade. Assim, prepara-se para atender a constantes acidentes de trânsito devido ao grande fluxo de pessoas que passam pela cidade. O Caso 3 busca adequar os seus serviços quando há eventos especiais na cidade, tais como festas comemorativas e rodeios, tradição da cidade. De outro modo, o Caso 2 enfatiza que procura adequar os serviços à população, entretanto, segundo a instituição, o fomento parte todo do Estado, sendo ele quem direciona esses aspectos. Detalhes específicos não foram fornecidos. No que diz respeito ao caso 4, pode-se abordar que desde a sua concepção o hospital foi vinculado com a comunidade na qual estava inserido, pois a concretização do hospital na localidade foi derivada da luta da sua comunidade. Por isso, ele foi elaborado visando promover serviços que satisfaçam essa comunidade e um exemplo disso se materializa na cafeteria desenvolvida sob os conceitos fornecidos pela população. Além disso, o caso 4 leva em considerações nas suas atividades alguns tabus referentes às diversas classificações de riscos. A seguir, o Quadro 18 fornece a síntese dos resultados do *driver* trajetória institucional.



**Quadro 18** - Síntese dos resultados referentes à trajetória institucional

<i>Drivers</i>	<b>Indicadores</b>	<b>Referências</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>
<b>Trajectoria Institucional</b>	Incentivos e barreiras impostas pelo setor público ao longo dos anos.	Sundbo e Gallouj (1998); Dosi (1982); Nelson e Winter, (1977); Lundvall (2007); Camisón e Monfort-Mir (2012); CIS (2012) Camacho e Rodriguez (2015)	Últimos governos concederam incentivos	Constituição Federal de 1988.	Implantação do método de contratos com o Estado, em 2007	Apesar da juventude, foi concebido para ser modelo para hospital SUS.
	Tabus, punições, costumes, tradições e códigos de conduta da sociedade.	Durkheim (1977); Berger e Luckmann (1978)	Doenças subtropicais e acidentes de trânsito e Desconhecimento da população sobre o sistema de saúde	O Estado adequa os serviços.	Eventos regionais e casos advindos de atividades rurais	Foi concebido a partir do anseio da comunidade, No que tange aos tabus, desenvolve atividades referentes às classificações de riscos.

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2017).

Possuir competidores em sua rede de parceiros, de modo que compartilhem experiências, é outro aspecto importante para a inovação, localizando-se no *driver* competidores deste trabalho (TIDD; BESSANT, 2009; CIS, 2012). Nesse sentido, os Casos 1 e 2 utilizam instituições, tais como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e a Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, para compartilharem seus casos com outros hospitais, também, integrantes dessas instituições. Assim, trocam experiências, informações, descobrindo mais sobre a realidade de outros hospitais. Já o Caso 3 trata de trocar experiências a partir de visitas, para tanto, realiza visitas em outros hospitais, assim como abre seu ambiente institucional para que outros hospitais. O caso 4 realiza a compartilhamento de experiências com seus competidores através de participações em fóruns e parcerias com outras instituições hospitalares na região em que realiza suas atividades

O *driver* competidores também suporta que a empresa compare sistematicamente seus produtos (serviços) e processos com os dos seus concorrentes (TIDD; BESSANT, 2009).

Nesse quesito, os três hospitais partilham de realidades semelhantes, assim, participam de entidades que reúnem diversos hospitais em rede. Na visão do hospital do Caso 1, não há concorrentes competindo pelo mercado no qual o hospital está inserido, o setor público. Todavia busca-se comparações via Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que centralizam informações de seus integrantes e, depois, compartilha-as com os hospitais integrantes da rede. O Caso 2 apresenta alguma semelhança com o Caso 1, visto que o hospital, através do Conselho Regional de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul (COREDE), procura estudar as demandas das regiões do estado, para tanto, trocando informações com outros hospitais participantes do conselho. Já o Caso 3 participa da Federação das Santas Casas, por meio da qual se trocam experiências diversas com os outros associados. O caso 4 compara seus produtos (serviços) e processos através de *benchmarking* no SINDIHOSPA (Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre) e através da instituição na qual o hospital é vinculado. O Quadro 19 sintetiza os resultados do *driver* competidores.

**Quadro 19** - Síntese dos resultados referentes ao *driver* competidores

<i>Drivers</i>	<b>Indicadores</b>	<b>Referências</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>
<b>Competidores</b>	A empresa possui competidores em sua rede de parceiros, de modo que compartilhe experiências.	CIS (2012); Tidd e Bessant (2009)	Compartilha a experiência através de uma rede de hospitais.	Compartilha experiência através da sua respectiva federação	Realiza e recebe visitas de hospitais	Participações em fóruns e parcerias com outras instituições hospitalares.
	A empresa compara sistematicamente seus produtos (serviços) e processos com os dos seus concorrentes.	Tidd e Bessant (2009)	Através de redes troca informações com os demais integrantes.	Participa Conselho Regional de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul ocorre troca de informações.	Participa na Federação das Santas Casas, onde há trocas de informações.	<i>Benchmarking</i> no SINDIHOSPA (Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre) e através da instituição na qual o hospital é vinculado

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2017).

Outro *driver* proposto por este estudo, os clientes, aponta que possuir uma profunda compreensão das necessidades dos consumidores tem relação com a inovação (LEIPONEN, 2006; TIDD; BESSANT, 2009). O Caso 1 procura realizar atividades no âmbito socioeconômico, para tanto, analisando as condições do paciente e, se for o caso, retendo-o para que cumpra todos os requisitos que um procedimento necessita. O Caso 2, a partir de três atividades, trata de entender as necessidades dos pacientes: pesquisas de satisfação, visitas periódicas aos pacientes e serviços sociais para o pós-venda. Já o Caso 3 realiza pesquisa de

satisfação na tentativa de conseguir analisar e entender o que está sendo feito, de modo que se possa melhorar os serviços prestados. Por fim, o caso 4 realiza pesquisas de satisfação com os pacientes, possuem formulários de críticas e sugestões, uma ouvidoria, além de realizar fóruns com representantes da comunidade.

Definir o papel dos clientes e desenvolver métodos para incentivá-los a participarem do processo da prestação de serviço, também, foram indicadores suportados pela literatura levantada por este trabalho (OSTROMET et al., 2010). O Caso 1 procura deixar claro que tomar os medicamentos como a prescrição recomenda é fundamental, além de incentivar o controle, por parte do próprio paciente, do seu tratamento, isto é, fazê-lo perceber que ao controlar a sua medicação com o hospital obtém um benefício para si. Já o Caso 2 realiza treinamentos específicos para que a relação entre colaboradores e pacientes seja humanizada, além de atividades com a comunidade, aproximando-a e fazendo-a conhecer como é o processo. O Caso 3 desenvolve métodos para o incentivo dessa participação no processo a partir de trabalhos direcionados a integrar pacientes e potenciais pacientes, exemplo disso, como citado anteriormente, são os grupos de trabalho na área de gestantes, que buscam abordar ações prévias para que, na hora do parto, as famílias venham para dentro da instituição já conhecendo um pouco da realidade do hospital. O caso 4 utiliza ferramentas de avaliação de satisfação dos clientes no intuito de levantar contribuições e, conseqüentemente, moldar os serviços frente à vontade do consumidor. O Quadro 20 apresenta os resultados do *driver* de maneira simplificada.

**Quadro 20** – Síntese dos resultados referentes ao *driver* consumidores

<i>Drivers</i>	<b>Indicadores</b>	<b>Referências</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>
<b>Consumidores</b>	A empresa possui uma profunda compreensão das necessidades dos consumidores.	Tidd e Bessant (2009); Leiponen (2006)	Realiza, principalmente, pesquisas socioeconômicas	Pesquisa de satisfação, visitas periódicas aos pacientes e serviço social	Pesquisas de satisfação	Pesquisas de satisfação, formulários de críticas e sugestões, ouvidoria, fóruns
	A empresa define o papel dos clientes e desenvolve métodos para incentivá-los a participarem do processo da prestação de serviço.	Ostromet <i>et al.</i> (2010)	Através de serviços de segurança.	Treinamentos para humanizar o tratamento e engajamento do paciente no processo	Trabalhos específicos que busquem integrar pacientes e potenciais pacientes	Utiliza ferramentas de avaliação de satisfação dos clientes

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2017).

Outro *driver* suportado pela literatura deste trabalho é os fornecedores. Nesse espectro, manter boas relações (ganho mútuo) com fornecedores é primordial (TIDD; BESSANT, 2009). Ao analisar os casos aqui retratados, depreendeu-se que os hospitais recorrem às mesmas estratégias para selecionar seus fornecedores: custos. No que tange ao Caso 1, o cenário caracteriza-se pelo alto índice de rotatividade, pois utiliza licitações para realizar as compras de seus insumos. Com isso, muitas vezes, determinado fornecedor, em determinado período de tempo, consegue atingir as especificações impostas pelo edital de licitação, mas, em outros casos, não. No Caso 2, diante do cenário de dificuldades financeiras, há setor de compra, distribuição, almoxarifado e nutrição, que se comunicam e avaliam os produtos adquiridos para verificar se o produto está de acordo com as exigências de qualidade e custo. Já o Caso 3, segundo a instituição, apresenta boas relações com seus fornecedores e engloba todo o processo de relacionamento com eles em uma plataforma digital. Durante o processo, caso haja inconformidades, o fornecedor tem o direito de se manifestar e, conforme a gravidade da situação, é penalizado. Todo esse processo é esclarecido no manual que é dado aos fornecedores do hospital. Quanto ao caso 4, balizado por um código de ética, o hospital realiza cotações sempre guiadas pelo menor preço e a partir dessas cotações abre-se uma carta convite para que os interessados possam apresentar suas ofertas sobre os serviços requisitados.

Ainda no tocante aos fornecedores, torna-se necessário avaliá-los (WINTER; LASCH, 2016). Sob tal ótica, todos os hospitais presentes neste estudo possuem plataformas digitais que servem para avaliar seus fornecedores. Por exemplo, o Caso 1, por ser um hospital público, participa de um cadastro chamado Sistema Nacional de Cadastro de Fornecedor. Esse sistema nada mais é do que um currículo dos fornecedores, onde é apontado como cada fornecedor se comporta em um processo de licitação. O Caso 2 conta com uma plataforma eletrônica, chamada de Bioexo, que realiza, juntamente com outros setores do hospital, a avaliação dos fornecedores. Para tanto, é avaliado o custo-benefício de determinado produto e, a partir dessa avaliação, firmam-se parcerias. Já o Caso 3 avalia, também em uma respectiva plataforma, os fornecedores e monitora-os durante todo o processo de tramitação. Por fim, o caso 4 avalia seus fornecedores através de uma avaliação específica feita pelo setor de suprimentos, entretanto maiores detalhes não foram fornecidos. O Quadro 21 apresenta a síntese do referido *driver*.

**Quadro 21** - Síntese dos resultados referentes ao *driver* fornecedores

<i>Drivers</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Referências</i>	<i>Caso 1</i>	<i>Caso 2</i>	<i>Caso 3</i>	<i>Caso 4</i>
<b>Fornecedores</b>	A empresa mantém boas relações (ganho mútuo) com fornecedores.	Tidd e Bessant (2009)	Mantém um alto nível de rotatividade, enfocando o preço para realizar compras.	Relaciona-se através de preço e qualidade.	Acredita que suas relações com os fornecedores são boas, apesar de algumas deficiências.	Relações guiadas pelo menor preço
	A empresa avalia seus fornecedores	Winter e Lasch (2016)	Sistema Nacional de Cadastro de Fornecedor	Plataforma Bioexo	Plataforma Soul	Há uma avaliação específica. Entretanto, detalhes não foram fornecidos

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2017).

Por fim, para avaliar o desempenho organizacional, foi necessário levantar o desempenho financeiro e não financeiro. Para o desempenho financeiro, os indicadores sob análise foram a variação das vendas e a variação dos lucros dos hospitais (CHIESA; COUGHLAN; VOSS, 1996; CALANTONE; CAVUSGIL; ZHAO 2002; SCHOENECKER; SWANSON, 2002; MONGAN; VORHIES; MASON, 2009; ACUR et al., 2010; HUANG 2011). Com tal perspectiva, os hospitais apresentam diferentes variações de vendas, tendo aumentado em 30% o Caso 1, o Caso 2 em 9%, o Caso 3 em 100% e o caso 1 diminuiu 5%. Conquanto os hospitais tenham revelado diferenças e variações nas vendas, no que tange à lucratividade, todas as respostas foram iguais: os hospitais não foram lucrativos. Segundo os hospitais, esse cenário pode ser explicado pela dependência de recursos estatais e, conseqüentemente, conforme o cenário econômico há falta de recursos. Os recursos que são economizados derivam de redução de custos, dentre outras atividades relacionadas com a gestão.

No tocante ao desempenho não financeiro, a variação da aquisição de novos clientes foi um indicador adequado para análise (KAPLAN; NORTON, 1996; SAINT-ONGE, 2002). Diante disso, os cenários dos hospitais pesquisados são variados. O Caso 1, por exemplo, teve uma variação de vendas 30% maior em relação ao ano de 2014. O Caso 3, no entanto, está operando em sua capacidade máxima e não faz esse levantamento de aquisição de novos pacientes justamente por isso. Já o hospital do Caso 2, não possui esses dados, pois opera conveniado com o Estado e isso representa cerca de 80% de seus pacientes, sendo essa demanda de 80% constante, segundo o hospital. Por fim, o caso 4 não busca metas

relacionadas a aquisição de novos clientes. Verifica-se, no Quadro 22, a síntese dos resultados do desempenho.

**Quadro 22** - Síntese dos resultados do desempenho

<i>Drivers</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Referências</i>	<i>Caso 1</i>	<i>Caso 2</i>	<i>Caso 3</i>	<i>Caso 4</i>
<b>Desempenho</b>	Varição das vendas	Chiesa, Coughlan e Voss (1996); Schoenecker e Swanson (2002); Mongan, Vorhies e Mason (2009); Acur et al. (2010)	Ano base 2014: 30% maior.	Ano base 2014: 9% maior.	Ano base 2012: crescimento em 100%	Ano base 2017: 5% menor.
	Varição dos Lucros	Calantone, Cavusgil e Zhao (2002); Huang (2011)	Não lucrativo	Não lucrativo	Não lucrativo	Não lucrativo.
	Varição da aquisição de novos clientes	Kaplan and Norton (1996); Saint Onge (2002)	15 a 18 mil por ano	Não mensurado.	Não mensurado	Não mensurado

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2017).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo entender como ocorre a inovação em serviços. Essa necessidade de entendimento, como citado anteriormente, surgiu a partir da literatura, que se mostrou, por muito tempo, parcial, isto é, por inovação se tratar de um tema econômico, baseou-se em conceitos advindos da teoria econômica clássica, que, em seus fundamentos, pautava a indústria como o centro de suas análises (BITNER; OSTRÖM; MORGAN, 2007). Como consequência, a inovação em serviços desenvolveu-se sob bases unidimensionais, desconsiderando a multidimensionalidade do fenômeno.

Isso levou os pesquisadores a utilizarem categorias analíticas inadequadas no desenvolvimento teórico da disciplina (GALLOUJ, 2002). Por conseguinte, essas características inadequadas tornaram o entendimento confuso, assim, necessitando de maiores aprofundamentos (MOHR, 1969; GALLOUJ; SAVONA, 2010; SEARS; BABA, 2011). Nesse sentido, buscou-se, a partir da revisão da literatura, levantar os *drivers*, ou direcionadores, da inovação, isto é, quais aspectos faziam de fato uma firma inovar e, com isso, buscar o entendimento da gestão da inovação em serviços. Foi constatado, sob uma exaustiva revisão da literatura, que a cultura organizacional, as estratégias, os funcionários, a pesquisa e desenvolvimento, a trajetória tecnológica, a trajetória institucional, os competidores, os consumidores e os fornecedores eram tais direcionadores. Além disso, para completar o objetivo de analisar a inovação em serviços de uma firma, como a inovação se relaciona positivamente com o desempenho (DAMANPOUR; EVAN, 1984; DAMANPOUR, 1991; BIERLY; CAVES; GHEMAWAT, 1992; CHAKRABARTI, 1996; ROBERTS, 1999; SCHULZ; JOBE, 2001; THORNHILL, 2006), procurou-se avaliar o desempenho organizacional para que, desse modo, a explicação do processo fosse feita por completo.

Frente a isso, de maneira geral, pôde-se perceber que os hospitais em questão ainda revelam dificuldades para inovar. E isso decorre, principalmente, de algumas características descritas a partir dos *drivers* propostos por este trabalho. Primeiramente, o que restou evidente é que os hospitais aqui retratados não possuem um conceito muito claro de inovação. Isso pode ser percebido por diversas questões. E uma das principais é o âmbito das estratégias. Ao analisar-se os dados levantados, de maneira geral, verificou-se que os hospitais tratam a inovação de maneira incipiente, ou voltada para as tecnologias, não existindo um programa estratégico de maneira geral. Como não existe um objetivo estratégico claro e coeso, aliado a um conceito multidimensional de inovação, ou seja, um conceito que vá além de adoções

tecnológicas, acaba que os hospitais se desenvolvem seguindo esse norte, catalisando uma reação em cadeia que influencia os demais *drivers* deste trabalho.

Um dos *drivers* que são influenciados pelas estratégias são os funcionários. Percebeu-se isso ao verificar que os casos aqui retratados, geralmente, baseiam seus treinamentos voltados para atividades inovadoras em treinamentos direcionados a novas tecnologias. Entretanto a literatura apresenta que os funcionários de firmas de serviços possuem um amplo escopo (TIDD; BESSANT, 2009; OSTROM et al., 2010). Isso porque os funcionários são os responsáveis pela prestação dos serviços propriamente dito, que, por sua vez, apresentam características distintivas de um produto físico, visto que são simultâneos (consumo concomitante à produção), são perecíveis (não se pode estocar), intangíveis (não se materializa) e heterogêneos (dificuldade de padronização), além de serem cocriados, pois são produzidos em parceria com o cliente (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; GRÖNROOS, 1993; TIDD; HULL, 2003; ABRAMOVICI; BANCEL-CHARENSOL, 2004; ALAM, 2006; TROTT, 2012). Com isso, entende-se que os funcionários devem receber treinamentos que vão muito além dos voltados para as tecnologias, isto é, precisam receber treinamentos específicos para o trato com os clientes e que possam amplificar sua consciência de que a prestação excelente de um serviço depende necessariamente das características próprias dos serviços.

Ademais, existe uma forte dependência de políticas públicas, pois, nos relatos apresentados nos resultados, levantou-se que os hospitais contam como seu maior cliente o Estado e essa ligação é pautada em uma relação desproporcional, isto é, se houvesse uma balança onde se pudesse medir a força de cada um, nesse relacionamento, seria o Estado o mais forte. Nesse sentido, é ele que delimita os preços, o nível de contratação de serviços, entre outros aspectos. Por conseguinte, a autonomia da gestão dos hospitais fica limitada porque a concentração de seus esforços acaba por centrar-se unicamente em um cliente, que possui o poder de ditar o ritmo do jogo. Portanto, o hospital passa a não depender somente de si para inovar, mas, também, da boa vontade de políticos, além de contar com a sorte para que os recursos lhes sejam destinados.

Tais fatos podem ser a explicação para o desempenho organizacional. Nesse sentido, mesmo os hospitais aqui retratados tendo aumentado suas variações de vendas, assim como, em alguns casos, tendo ocorrido o aumento de novos clientes, eles, na sua totalidade, não foram lucrativos. Essa informação permite concluir que os hospitais analisados não obtiveram



inovações significativas nos últimos anos, pois a inovação se liga a um desempenho superior e, conseqüentemente, a lucratividade decorrente das inovações (SCHUMPETER, 1911). O que de fato existem são prestações de serviços, na sua concepção mais básica, apoiados nas tecnologias da informação que esses hospitais, com muito esforço, conseguem adquirir.

Desse modo, as justificativas que permearam o presente trabalho podem ser retomadas, pois são capazes de fornecer conclusões a respeito dos casos, assim como observar seus padrões. A primeira é pertinente à literatura do ponto de vista do objeto proposto, onde Arrow (1963), a partir de ferramentas advindas da teoria econômica clássica, definia hospitais meramente por sua produção. A segunda justificativa, sendo esta do ponto de vista da inovação, diz respeito ao paradigma desenvolvido por Barras (1986), que focalizava a inovação em serviços sob a ótica manufatureira, ou seja, via a inovação em serviços como uma transposição da indústria transformadora para o setor de serviços. Levando em consideração essas questões, pode-se retomar a pergunta de pesquisa que norteou esse estudo: De que maneira se dá a gestão da inovação em serviços nos hospitais do estado do Rio Grande do Sul?

A resposta para essa pergunta recai sob os claros padrões que os hospitais apresentaram na tentativa de inovar, isto é, em suma, os presentes casos ainda recebem forte influência dos paradigmas de Arrow (1963) e Barras (1986), quais sejam, fundamentam-se por fatores da economia clássica, pela visão tecnológica da inovação com o intuito de ganhar eficiência e reduzir custos (fase introdutória do ciclo reverso de Barras), além de dependerem fortemente do Estado e não possuem estratégias que busquem a inovação. Dessa forma, infere-se que ainda se desenvolvem pelos paradigmas iniciais que pautam as temáticas, onde a tecnologia e os fatores industriais ocupam o centro do fenômeno, desconsiderando que a inovação em serviços no âmbito hospitalar está além desses conceitos. Haja vista disso, os casos estudados permitem inferir que ainda se desconhece que a inovação em serviços hospitalares se caracteriza por serem variações em vetores de competências e técnicas, resultando em um desempenho superior para os hospitais, que são verdadeiros *hubs* de serviços.

Após a análise do todo referido neste estudo, percebe-se que a inovação é um fenômeno complexo, multidimensional e estrutural, visto que, para uma firma inovar, ela precisa atingir, equitativamente, determinados padrões nos diversos *drivers* estudados, e não somente em algum específico, como, por exemplo, tecnologias. Evidentemente que focalizar

tecnologias trará diversos benefícios, tais como redução de processos, custos, entre outros. Entretanto, se essa adoção for com o intuito de inovar, as tecnologias não serão as únicas soluções para esse objetivo, consistirão em uma das etapas para atingir a inovação. Por isso, a equação da inovação deve ser equilibrada para que se consiga inovar e, conseqüentemente, obter o desempenho tão almejado pelas firmas.

Haja vista disso, o que resta evidente é que as firmas precisam estabelecer uma nova organização, apoiada pela alta gestão, que tenha a função de gerenciar, de forma interdependente, esses drivers, de modo com que atinja os padrões necessários para que habilitem a firma a inovar. Além disso, a relação entre hospitais e Estado parece estar desproporcional, onde o Estado possui superioridade na balança de poder. Com isso, novas formas de relação devem ser procuradas, objetivando o ganho de autonomia para que com isso o corpo gerencial tenha maior flexibilidade para tomadas de decisões. Um exemplo dessas novas formas de relações podem recair sob novas formas de contratos.

### **7.1 Limitações do Estudo**

Para finalizar, cabe ressaltar algumas limitações deste trabalho. A primeira refere-se ao modelo teórico utilizado ao final da revisão da literatura. O modelo foi desenvolvido sob a ótica da literatura da inovação e aplicado ao um contexto específico, isto é, hospitais. Nesse sentido, a generalidade do modelo denota que se perde em especificidade, podendo haver *drivers* específicos a hospitais que podem ser inclusos em uma futura replicação do modelo. Além disso, apesar de o modelo ter se mostrado útil para explicar a inovação no ambiente em que se propôs e ter permitido chegar a uma conclusão, há a necessidade de testá-lo em outros subsetores de serviços a fim de verificar se ele é válido para explicar o processo de inovação em serviços quanto a outros tipos de firmas de serviços.

Outra limitação deste estudo diz respeito ao seu objeto. Por ser um subsetor onde a realização de pesquisas apresenta questões burocráticas adicionais, o que dificulta a seleção da amostra, realizou-se uma amostragem por conveniência. Essa amostra resultou em hospitais de cunho público, o que significa que ou o hospital era, de fato, público ou possuía quase que em sua totalidade o Estado como cliente. De fato, isso limitou a generalidade dos resultados, pois desconsiderou hospitais privados.

Portanto, as limitações deste estudo são as sugestões de estudos futuros. Primeiramente, sugere-se que, em uma futura replicação do modelo em um contexto hospitalar, aplique-se uma nova revisão da literatura, entretanto com o intuito de buscar possíveis novos drivers que possam ser específicos ao contexto dos hospitais. Além disso, sugere-se a implantação deste modelo teórico em outros tipos de firmas de serviços para verificar se a sua capacidade de explicação também se torna útil para o setor como um todo. Ainda quanto ao modelo, sugere-se, também, a aplicação quantitativamente com o intuito de prever exatamente seu poder de explicação. E, por fim, sugere-se ampliar este estudo na área hospitalar, de modo que se teste o modelo em hospitais de cunho privado para que, assim, seja possível obter um maior poder de generalização.

## REFERÊNCIAS

ABERNATHY, William J.; UTTERBACK, James M. Patterns of industrial innovation. **Technology Review**, v. 80, n. 7, p. 40-47, 1978.

ABRAMOVICI, Marianne; BANCEL-CHARENSOL, Laurence. How to take customers into consideration in service innovation projects. **The Service Industries Journal**, v. 24, n. 1, p. 56-78, 2004.

ACUR, Nuran et al. Exploring the impact of technological competence development on speed and NPD program performance. **Journal of Product Innovation Management**, v. 27, n. 6, p. 915-929, 2010.

AHERN, Melissa. The softness of medical production and implications for specifying hospital outputs. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 20, n. 3, p. 281-294, 1993.

AHMED, Pervaiz K. Culture and climate for innovation. **European Journal of Innovation Management**, v. 1, n. 1, p. 30-43, 1998.

AIKEN, Michael; HAGE, Jerald. The organic organization and innovation. **Sociology**, v. 5, n. 1, p. 63-82, 1971.

AITKEN, John T.; FULLER, H. W. C.; JOHNSON, David. **The Influence of Christians in Medicine**. Nottingham: Intervarsity Press, 1984.

ALAM, Ian. Removing the fuzziness from the fuzzy front-end of service innovations through customer interactions. **Industrial Marketing Management**, v. 35, n. 4, p. 468-480, 2006.

AMABILE, Teresa M. **How to kill creativity**. Boston, MA: Harvard Business School Publishing, 1998.

AMARA, Nabil; LANDRY, Réjean; DOLOREUX, David. Patterns of innovation in knowledge-intensive business services. **The Service Industries Journal**, v. 29, n. 4, p. 407-430, 2009.

ANDERSON, William L.; CROCCA, William T. Engineering practice and codevelopment of codevelopment of product prototypes. **Communications of the ACM**, v. 36, n. 6, p. 49-56, 1993.

- ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review**, v. 53, n. 5, p. 941-973, 1963.
- ATLAS SOCIOECONÔMICO RIO GRANDE DO SUL. 2013. Disponível em: <[www.atlassocioeconomico.rs.gov.br](http://www.atlassocioeconomico.rs.gov.br)>. Acesso em: 15 mai. 2016.
- AVLONITIS, George J.; PAPASTATHOPOULOU, Paulina G.; GOUNARIS, Spiros P. An empirically-based typology of product innovativeness for new financial services: Success and failure scenarios. **Journal of Product Innovation Management**, v. 18, n. 5, p. 324-342, 2001.
- BAKER, William E.; SINKULA, James M. Market orientation, learning orientation and product innovation: delving into the organization's black box. **Journal of Market-focused Management**, v. 5, n. 1, p. 5-23, 2002.
- BARBIERI, José C.; ÁLVARES, Carlos T. Geração e administração de ideias: desafios, propostas e um estudo de caso. **In: Simpósio de Gestão da Inovação Tecnológica**, v. 23, 2004.
- BARBOSA, Pedro R.; GADELHA, Carlos A. G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 68-75, 2012.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARRAS, Richard. Towards a theory of innovation in services. **Research Policy**, v. 15, n. 4, p. 161-173, 1986.
- BASTIAT, Frédéric. Property and Law. **Selected Essays on Political Economy**, p. 99, 1848.
- BAUMOL, William J. Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. **The American Economic Review**, p. 415-426, 1967.
- BECHEIKH, Nizar; LANDRY, Rejean; AMARA, Nabil. Lessons from innovation empirical studies in the manufacturing sector: A systematic review of the literature from 1993–2003. **Technovation**, v. 26, n. 5, p. 644-664, 2006.
- BELL, Daniel. **O advento da sociedade pós-industrial**. São Paulo: Cultrix, 1973.
- BERLOWITZ, Dan R. et al. Quality improvement implementation in the nursing home. **Health Services Research**, v. 38, n. 1, p. 65-83, 2003.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **Construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1978.

BERNARDI, Fabrizio; GARRIDO, Luis. Is there a new service proletariat? Post-industrial employment growth and social inequality in Spain. **European Sociological Review**, v. 24, n. 3, p. 299, 2008.

BESSANT, John; TIDD, Joe. **Inovação e empreendedorismo: administração**. Porto Alegre: Bookman Editora, 2009.

BHARADWAJ, Anandhi S. A resource-based perspective on information technology capability and firm performance: an empirical investigation. **MIS Quarterly**, p. 169-196, 2000.

BIERLY, Paul; CHAKRABARTI, Alok. Generic knowledge strategies in the US pharmaceutical industry. **Strategic Management Journal**, v. 17, n. 2, p. 123-135, 1996.

BITNER, Mary J.; ZEITHAML, Valarie A.; GREMLER, Dwayne D. Technology's impact on the gaps model of service quality. **In: Handbook of Service Science**. Springer US, p. 197-218, 2010.

BITNER, Mary J.; OSTROM, Amy L.; MORGAN, Felicia N. **Service blueprinting: A practical Technique for Service Innovation**. Arizona State University: Viitattu, 2007.

BLAZEVIC, Vera; LIEVENS, Annouk. Learning during the new financial service innovation process: antecedents and performance effects. **Journal of Business Research**, v. 57, n. 4, p. 374-391, 2004.

BOGUE, Richard J.; HALL, Claude H.; FORGIA, Gerard M. **Hospital Governance in Latin America**. Washington DC: World Bank, 2007.

BROWN, Shona L.; EISENHARDT, Kathleen M. Product development: Past research, present findings, and future directions. **Academy of Management Review**, v. 20, n. 2, p. 343-378, 1995.

CAINELLI, Giulio; EVANGELISTA, Rinaldo; SAVONA, Maria. The impact of innovation on economic performance in services. **The Service Industries Journal**, v. 24, n. 1, p. 116-130, 2004.

- CALANTONE, Roger J.; CAVUSGIL, S. Tamer; ZHAO, Yushan. Learning orientation, firm innovation capability, and firm performance. **Industrial Marketing Management**, v. 31, n. 6, p. 515-524, 2002.
- CAMACHO, José A.; RODRÍGUEZ, Mercedes. How innovative are services? An empirical analysis for Spain. **The Service Industries Journal**, v. 25, n. 2, p. 253-271, 2005.
- CAMISÓN, César; MONFORT-MIR, Vicente M. Measuring innovation in tourism from the Schumpeterian and the dynamic-capabilities perspectives. **Tourism Management**, v. 33, n. 4, p. 776-789, 2012.
- CAREGNATO, Rita C. A.; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.
- CASTELLACCI, Fulvio. Technological paradigms, regimes and trajectories: Manufacturing and service industries in a new taxonomy of sectoral patterns of innovation. **Research Policy**, v. 37, n. 6, p. 978-994, 2008.
- CAVES, Richard E.; GHEMAWAT, Pankaj. Identifying mobility barriers. **Strategic Management Journal**, v. 13, n. 1, p. 1-12, 1992.
- CEPAS-FURG. Ética em Pesquisa. Disponível em: <<http://www.cepas.furg.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2016.
- CHANDLER, Gaylen N.; HANKS, Steven H. Market attractiveness, resource-based capabilities, venture strategies, and venture performance. **Journal of Business Venturing**, v. 9, n. 4, p. 331-349, 1994.
- CHEN, Ja-Shen; TSOU, Hung T.; HUANG, Astrid Y. Service delivery innovation antecedents and impact on firm performance. **Journal of Service Research**, v. 12, n. 1, p. 36-55, 2009.
- CHESBROUGH, Henry; SPOHRER, Jim. A research manifesto for services science. **Communications of the ACM**, v. 49, n. 7, p. 35-40, 2006.
- CHIESA, Vittorio; COUGHLAN, Paul; VOSS, Chris A. Development of a technical innovation audit. **Journal of Product Innovation Management**, v. 13, n. 2, p. 105-136, 1996.
- CIS. **Community Innovation Survey 2008-2010**. Dublin: Stationery Office, 2012.

CLARK, John M. Toward a concept of workable competition. **The American Economic Review**, p. 241-256, 1940.

CLAVER, Enrique et al. Organizational culture for innovation and new technological behavior. **The Journal of High Technology Management Research**, v. 9, n. 1, p. 55-68, 1998.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Nome.asp?VTipo=0](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0)>. Acesso em: 20 de ago. 2016.

COMANOR, William S. Market structure, product differentiation, and industrial research. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 81, n. 4, p. 639-657, 1967.

CONRAD, Robert F.; STRAUSS, Robert P. A multiple-output multiple-input model of the hospital industry in North Carolina. **Applied Economics**, v. 15, n. 3, p. 341-352, 1983.

COOK, David P.; GOH, Chon-Huat; CHUNG, Chen H. Service typologies: a state of the art survey. **Production and Operations Management**, v. 8, n. 3, p. 318-338, 1999.

COOMBS, Rod; MILES, Ian. Innovation, measurement and services: the new problematique. **In: Innovation Systems in the Service Economy**. Springer US, p. 85-103, 2000.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 10ed. Porto Alegre: Bookman.

DAMANPOUR, Fariborz. Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. **Academy of Management Journal**, v. 34, n. 3, p. 555-590, 1991.

DAMANPOUR, Fariborz; EVAN, William M. Organizational innovation and performance: the problem of "organizational lag". **Administrative Science Quarterly**, p. 392-409, 1984.

DARROCH, Jenny; MCNAUGHTON, Rod. Examining the link between knowledge management practices and types of innovation. **Journal of Intellectual Capital**, v. 3, n. 3, p. 210-222, 2002.

DE-JONG, Jeroen P. J. et al. **Innovation in service firms explored: what, how and why**. EIM Business Policy Research, Strategic Study B200205, 2003.



- DE-JONG, Mark W.; DEN-HERTOG, Pim H. Strategic innovation in service industries: Managing shifting boundaries. **In: Service Systems and Service Management (ICSSSM), 2010 7th International Conference (IEEE)**, p. 1-6, 2010.
- DEN-HERTOG, Pim. Co-producers of innovation: on the role of knowledge-intensive business services in innovation. **Productivity, Innovation and Knowledge in Services**, p. 223-255, 2002.
- DESMARCHELIER, Benoît; DJELLAL, Faridah; GALLOUJ, Faïz. Knowledge intensive business services and long term growth. **Structural Change and Economic Dynamics**, v. 25, p. 188-205, 2013.
- DE-VRIES, Erik J. Innovation in services in networks of organizations and in the distribution of services. **Research Policy**, v. 35, n. 7, p. 1037-1051, 2006.
- DJELLAL, Faridah; GALLOUJ, Faïz. Mapping innovation dynamics in hospitals. **Research Policy**, v. 34, n. 6, p. 817-835, 2005.
- DJELLAL, Faridah; GALLOUJ, Faïz. Innovation in care services for the elderly. **The Service Industries Journal**, v. 26, n. 03, p. 303-327, 2006.
- DJELLAL, Faridah; GALLOUJ, Faïz. Innovation in hospitals: a survey of the literature. **The European Journal of Health Economics**, v. 8, n. 3, p. 181-193, 2007.
- DJELLAL, Faridah; GALLOUJ, Faïz; MILES, Ian. Two decades of research on innovation in services: Which place for public services? **Structural Change and Economic Dynamics**, v. 27, p. 98-117, 2013.
- DOLFSMA, Wilfred. The process of new service development—issues of formalization and appropriability. **International Journal of Innovation Management**, v. 8, n. 03, p. 319-337, 2004
- DOSI, Giovanni. Technological paradigms and technological trajectories: a suggested interpretation of the determinants and directions of technical change. **Research Policy**, v. 11, n. 3, p. 147-162, 1982.
- DOSI, Giovanni. **Technical change and industrial transformation: the theory and an application to the semiconductor industry**. London: Springer, 1984.

- DREJER, Ina. Identifying innovation in surveys of services: a Schumpeterian perspective. **Research Policy**, v. 33, n. 3, p. 551-562, 2004.
- DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, v. 24, p. 213-225, 2004.
- DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- ENZ, Cathy A. Strategies for the implementation of service innovations. **Cornell Hospitality Quarterly**, v. 53, n. 3, p. 187-195, 2012.
- FAGERBERG, Jan. Innovation: a guide to the literature. **In: Fagerberg, J.; Mowery, D. C.; e Nelson, R. R. The Oxford Handbook of Innovation**. Oxford: Oxford University Press, p. 01-27, 2005.
- FAGERBERG, Jan; VERSPAGEN, Bart. Innovation studies—The emerging structure of a new scientific field. **Research Policy**, v. 38, n. 2, p. 218-233, 2009.
- FELTON, Marianne V. Evidence of the Existence of the Cost Disease in the Performing Arts. **Journal of Cultural Economics**, v. 18, n. 4, p. 301-312, 1994.
- FIGUEIREDO, Paulo N. Capacidade Tecnológica e Inovação em Organizações de Serviços Intensivos em Conhecimento: evidências de institutos de pesquisa em Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs) no Brasil. **Revista Brasileira de Inovação**, v. 5, n. 2 jul/dez, p. 403-454, 2009.
- FILIPESCU, Diana A. Innovation and internationalization. A focus on the Spanish exporting firms. Research work, Doctoral programme: Creation, strategy and management of the firm, Universitat Autònoma de Barcelona. **Business Economics Department**, 2007.
- FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de Serviços: Operações, Estratégia e Tecnologia da Informação**. Porto Alegre: AMGH Editora, 2014.
- FLEUREN, Margot; WIEFFERINK, Karin; PAULUSSEN, Theo. Determinants of innovation within health care organizations. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 16, n. 2, p. 107-123, 2004.
- FOURCROY, Charlotte; GALLOUJ, Faiz; DECELLAS, Fabrice. Energy consumption in service industries: challenging the myth of non-materiality. **Ecological Economics**, v. 81, p. 155-164, 2012.

GALLOUJ, Camal; GALLOUJ, Faïz. L'innovation dans les services et le modèle du " cycle du produit inversé". **Revue Française de Gestion**, n. 113, mars-avril-mai, p. 82-97, 1997.

GALLOUJ, Faïz. **L'économie de l'innovation dans les services**. Paris: L'Harmattan, 1994.

GALLOUJ, Faïz. Towards a neo-Schumpeterian theory of innovation in services? **Peace Economics, Peace Science and Public Policy**, v. 24, n. 6, p. 405-420, 1997.

GALLOUJ, Faïz. Innovating in reverse: services and the reverse product cycle. **European Journal of Innovation Management**, v. 1, n. 3, p. 123-138, 1998a.

GALLOUJ, Faïz. Innovating in reverse and the attendant myths. **SI4S Topical Paper**, n. 1, 1998b.

GALLOUJ, Faïz. Innovating in reverse: services and the reverse product cycle. **European Journal of Innovation Management**, v. 1, n. 3, p. 123-138, 1998c.

GALLOUJ, Faïz. **Innovation in the service economy: the new wealth of nations**. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2002.

GALLOUJ, Faïz; SAVONA, Maria. Innovation in services: a review of the debate and a research agenda. **Journal of Evolutionary Economics**, v. 19, n. 2, p. 149, 2009.

GALLOUJ, Faïz; WEINSTEIN, Olivier. Innovation in services. **Research Policy**, v. 26, n. 4-5, p. 537-556, 1997.

GALLOUJ, Faïz. Services innovation: assimilation, differentiation, inversion and integration. **In: BIDGOLI, Hossein. The Handbook of Technology Management**, New Jersey: John Wiley and Sons, Hoboken, 989-1000, 2010.

GARCIA, Rosanna; CALANTONE, Roger. A critical look at technological innovation typology and innovativeness terminology: a literature review. **Journal of Product Innovation Management**, v. 19, n. 2, p. 110-132, 2002.

GOLDSTEIN, Susan M. et al. The service concept: the missing link in service design research? **Journal of Operations management**, v. 20, n. 2, p. 121-134, 2002.

GOUNARIS, Spiros P.; PAPASTATHOPOULOU, Paulina G.; AVLONITIS, George J. Assessing the importance of the development activities for successful new services: does innovativeness matter? **International Journal of Bank Marketing**, v. 21, n. 5, p. 266-279, 2003.

- GORZ, André. The New Agenda. **New left review**, n. 184, p. 37, 1990.
- GRILICHES, Zvi. Hybrid corn and the economics of innovation. **Science**, v. 132, n. 3422, p. 275-280, 1960.
- GRÖNROOS, Christian. **Gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.
- HAGEDOORN, John; CLOODT, Myriam. Measuring innovative performance: is there an advantage in using multiple indicators? **Research Policy**, v. 32, n. 8, p. 1365-1379, 2003.
- HAMEL, Gary; DOZ, Yves L.; PRAHALAD, Coimbatore K. Collaborate with your competitors and win. **Harvard Business Review**, v. 67, n. 1, p. 133-139, 1989.
- HAUKNES, Johan et al. Services in innovation–Innovation in services. **STEP report R13/1998**. Oslo: STEP Group. 1998.
- HERTOG, Pim. Knowledge-intensive business services as co-producers of innovation. **International Journal of Innovation Management**, v. 4, n. 04, p. 491-528, 2000.
- HERTOG, Pim; VAN-DER A. A. W.; DE-JONG, Mark W. Capabilities for managing service innovation: towards a conceptual framework. **Journal of Service Management**, v. 21, n. 4, p. 490-514, 2010.
- HIDALGO, Antonio; D'ALVANO, Luigi. Service innovation: Inward and outward related activities and cooperation mode. **Journal of Business Research**, v. 67, n. 5, p. 698-703, 2014.
- HIPP, Christiane; GRUPP, Hariolf. Innovation in the service sector: The demand for service-specific innovation measurement concepts and typologies. **Research Policy**, v. 34, n. 4, p. 517-535, 2005.
- HITT, Michael A.; HOSKISSON, Robert E.; KIM, Hicheon. International diversification: Effects on innovation and firm performance in product-diversified firms. **Academy of Management Journal**, v. 40, n. 4, p. 767-798, 1997.
- HOWELLS, Jeremy. Intermediation and the role of intermediaries in innovation. **Research Policy**, v. 35, n. 5, p. 715-728, 2006.

- HSUEH, Jung-Tang; LIN, Neng-Pai; LI, Hou-Chao. The effects of network embeddedness on service innovation performance. **The Service Industries Journal**, v. 30, n. 10, p. 1723-1736, 2010.
- HUANG, Kuo-Feng. Technology competencies in competitive environment. **Journal of Business Research**, v. 64, n. 2, p. 172-179, 2011.
- JAW, Chyi; LO, Jyue-Yu; LIN, Yi-Hsing. The determinants of new service development: Service characteristics, market orientation, and actualizing innovation effort. **Technovation**, v. 30, n. 4, p. 265-277, 2010.
- JIMÉNEZ-JIMÉNEZ, Daniel; SANZ-VALLE, Raquel. Innovation, organizational learning, and performance. **Journal of Business Research**, v. 64, n. 4, p. 408-417, 2011.
- JUDD, Robert C. The case for redefining services. **Journal of Marketing**, v. 28, n. 1, p. 58-59, 1964.
- KANDAMPULLY, Jay. Innovation as the core competency of a service organisation: the role of technology, knowledge and networks. **European Journal of Innovation Management**, v. 5, n. 1, p. 18-26, 2002.
- KALUZNY, Arnold D. Innovation in health services: theoretical framework and review of research. **Health Services Research**, v. 9, n. 2, p. 101, 1974.
- KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **The balanced scorecard: translating strategy into action**. London: Harvard Business Press, 1996.
- KERLINGER, Fred N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo: Epu, 1980.
- KIM, Linsu. Building technological capability for industrialization: analytical frameworks and Korea's experience. **Industrial and Corporate Change**, v. 8, n. 1, p. 111-136, 1999.
- KIRCA, Ahmet H.; JAYACHANDRAN, Satish; BEARDEN, William O. Market orientation: A meta-analytic review and assessment of its antecedents and impact on performance. **Journal of Marketing**, v. 69, n. 2, p. 24-41, 2005.
- KLEINKNECHT, Alfred; MOHNEN, Pierre. **Innovation and firm performance: Econometric explorations of survey data**. Houndmills: Palgrave, 2001.

- KNOX, Simon. The boardroom agenda: developing the innovative organisation. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*, v. 2, n. 1, p. 27-36, 2002.
- KON, Anita. Sobre as atividades de serviços: revendo conceitos e tipologias. *Revista de Economia Política*, v. 19, n. 2, p. 74, 1999.
- KVALE, Steinar. The 1,000-page question. *Qualitative Inquiry*, v. 2, n. 3, p. 275-284, 1996.
- LALL, Sanjaya. Technological capabilities and industrialization. *World Development*, v. 20, n. 2, p. 165-186, 1992.
- LEIPONEN, Aija. Managing knowledge for innovation: the case of business-to-business services. *Journal of Product Innovation Management*, v. 23, n. 3, p. 238-258, 2006.
- LEWIS, C. T.; SHORT, Charles. *A Latin Dictionary*. Oxford: Clarendon Press, 1958.
- LIMA, Clóvis R. M.; LIMA, Carlos R. M. A avaliação do custo eficácia das intervenções em organizações de saúde. *Revista de Administração de Empresas*, v. 38, n. 2, p. 62-73, 1998.
- LOVELOCK, Christopher H. Classifying services to gain strategic marketing insights. *The Journal of Marketing*, p. 9-20, 1983.
- LUNDEVALL, Bengt-Åke. National innovation systems—analytical concept and development tool. *Industry and Innovation*, v. 14, n. 1, p. 95-119, 2007.
- LUSCH, Robert F.; NAMBISAN, Satish. Service Innovation: A Service-Dominant Logic Perspective. *Mis Quarterly*, v. 39, n. 1, p. 155-175, 2015.
- LYON, Douglas W.; FERRIER, Walter J. Enhancing performance with product-market innovation: the influence of the top management team. *Journal of Managerial Issues*, p. 452-469, 2002.
- MAHAR, Maggie. Blue collar, white collar: good jobs are vanishing throughout the economy. *Barren's, May*, v. 11, p. 8-24, 1992.
- MALHOTRA, Naresh K. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman Editora, 2012.
- MALTERUD, Kirsti. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, v. 358, n. 9280, p. 483-488, 2001.
- MARTÍNEZ-ROS, Ester; ORFILA-SINTES, Francina. Innovation activity in the hotel industry. *Technovation*, v. 29, n. 9, p. 632-641, 2009.

MCDERMOTT, Christopher M.; PRAJOGO, Daniel I. Service innovation and performance in SMEs. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 32, n. 2, p. 216-237, 2012.

MCLEAN, Laird D. Organizational culture's influence on creativity and innovation: A review of the literature and implications for human resource development. **Advances in Developing Human Resources**, v. 7, n. 2, p. 226-246, 2005.

MENOR, Larry J.; TATIKONDA, Mohan V.; SAMPSON, Scott E. New service development: areas for exploitation and exploration. **Journal of Operations Management**, v. 20, n. 2, p. 135-157, 2002.

MEEUS, Marius T. H. et al. Introduction product en process innovation. **Innovation, Science and Institutional Change**, p. 24-37, 2006.

MILES, Ian. Services in the new industrial economy. **Futures**, v. 25, n. 6, p. 653-672, 1993.

MILES, Ian. **Services innovation: a reconfiguration of innovation studies**. Manchester: Prest, 2001.

MILES, Ian. Research and development (R&D) beyond manufacturing: the strange case of services R&D. **R&D Management**, v. 37, n. 3, p. 249-268, 2007.

MILES, Raymond E. et al. Organizational strategy, structure, and process. **Academy of Management Review**, v. 3, n. 3, p. 546-562, 1978.

MIRON, Ella; EREZ, Miriam; NAVEH, Eitan. Do personal characteristics and cultural values that promote innovation, quality, and efficiency compete or complement each other? **Journal of Organizational Behavior**, v. 25, n. 2, p. 175-199, 2004.

MORGAN, Neil A.; VORHIES, Douglas W.; MASON, Charlotte H. Market orientation, marketing capabilities, and firm performance. **Strategic Management Journal**, v. 30, n. 8, p. 909-920, 2009.

MOORE, James F. Predators and prey: a new ecology of competition. **Harvard Business Review**, v. 71, n. 3, p. 75-83, 1993.

MORRAR, Rabeh. Innovation in services: a literature review. **Technology Innovation Management Review**, v. 4, n. 4, 2014.

- NIGHTINGALE, Paul. If Nelson and Winter are only half right about tacit knowledge, which half? A Searlean critique of 'codification'. **Industrial and Corporate Change**, v. 12, n. 2, p. 149-183, 2003.
- NELSON, Richard R.; WINTER, Sidney G. In search of useful theory of innovation. **Research Policy**, v. 6, n. 1, p. 36-76, 1977.
- NOOR, Khairul B. M. Case study: A strategic research methodology. **American Journal of Applied Sciences**, v. 5, n. 11, p. 1602-1604, 2008.
- OCDE, Eurostat. **Oslo Manual-The Measurement of Scientific and Technological Activities: Proposed Guidelines for Collecting and Interpreting Technological Innovation Data**. Organization for Economic Co-Operation and Development: Paris, 1997.
- ORDANINI, Andrea; PARASURAMAN, A. Service innovation viewed through a service-dominant logic lens: a conceptual framework and empirical analysis. **Journal of Service Research**, v. 14, n. 1, p. 3-23, 2011.
- OSTROM, Amy L. et al. Moving forward and making a difference: research priorities for the science of service. **Journal of Service Research**, v. 13, n. 1, p. 4-36, 2010.
- PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.
- PARASURAMAN, Anantharanthan; ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. **Journal of Retailing**, v. 64, n. 1, p. 12, 1988.
- PAVITT, Keith. Technologies, products and organization in the innovating firm: what Adam Smith tells us and Joseph Schumpeter doesn't. **Industrial and Corporate Change**, v. 7, n. 3, p. 433-452, 1998.
- PIERCE, Jon L.; DELBECQ, Andre L. Organization structure, individual attitudes and innovation. **Academy of Management Review**, v. 2, n. 1, p. 27-37, 1977.
- PILAT, Dirk. No longer services as usual. Organisation for Economic Cooperation and Development. **The OECD Observer**, n. 223, p. 52, 2000.



PIRES, Cesaltina P.; SARKAR, Soumodip; CARVALHO, Luísa. Innovation in services—how different from manufacturing? **The Service Industries Journal**, v. 28, n. 10, p. 1339-1356, 2008.

PRAHALAD, Coimbatore K.; HAMEL, Gary. Strategy as a field of study: Why search for a new paradigm? **Strategic Management Journal**, v. 15, n. S2, p. 5-16, 1994.

QUINN, James B. et al. Technology in services. **Scientific American**, v. 257, n. 6, p. 50-58, 1987.

RAY, Gautam; MUHANNA, Waleed A.; BARNEY, Jay B. Information technology and the performance of the customer service process: A resource-based analysis. **MIS Quarterly**, p. 625-652, 2005.

RAUNER, Marion S.; HEIDENBERGER, Kurt. Scope and role of strategic technology management in hospitals: the case of Vienna, Austria. **International Journal of Healthcare Technology and Management**, v. 4, n. 3-4, p. 239-258, 2002.

RATHMELL, Jhon M. **Marketing in the service sector**. Cambridge, MA: Winthrop, 1974.

RATHS, David. Handhelds get a grip. As personal wireless devices become more sophisticated, healthcare practitioners are finding them harder to put down. **Healthcare Informatics**, v. 24, n. 2, p. 40, 2007.

REINER, Erica. Medicine in Ancient Mesopotamia. **The Journal of the International College of Surgeons**, v. 41, p. 544-550, 1964.

RETIEF, François P.; CILLIERS, Louise. The evolution of hospitals from antiquity to the Renaissance. **Acta Theologica**, v. 26, n. 2, p. 213-232, 2005.

ROBERTS, Peter W. Product innovation, product-market competition and persistent profitability in the US pharmaceutical industry. **Strategic Management Journal**, p. 655-670, 1999.

RUST, Roland. What is the domain of service research? **Journal of Service Research**, v. 1, n. 2, p. 107-107, 1998.

SACHOT, E. La productique entre à l'hôpital. **Politique industrielle**, p. 135-141, 1989.

SAINT-ONGE, H. Linking knowledge to strategy. **In: Strategic Planning for KM Conference, Toronto**, p. 28-29, May, 2002.

SASSER, W. E. Match supply and demand in service industries. **Harvard Business Review**, v. 54, n. 6, p. 133-140, 1976.

SAVIOTTI, Paolo P.; METCALFE, J. Stanley. A theoretical approach to the construction of technological output indicators. **Research Policy**, v. 13, n. 3, p. 141-151, 1984.

SCHERER, Frederic M. Changing perspectives on the firm size problem. **Innovation and Technological Change: An international comparison**, p. 24-38, 1991.

SCHOENECKER, Timothy; SWANSON, Laura. Indicators of firm technological capability: validity and performance implications. **IEEE Transactions on Engineering Management**, v. 49, n. 1, p. 36-44, 2002.

SCHULZ, Martin; JOBE, Lloyd A. Codification and tacitness as knowledge management strategies: an empirical exploration. **The Journal of High Technology Management Research**, v. 12, n. 1, p. 139-165, 2001.

SCHUMPETER, Joseph A. **The theory of economic development: An inquiry into profits, capital, credit, interest, and the business cycle**. London: Transaction publishers, 1934.

SCHUMPETER, Joseph A. **Capitalismos socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1942.

SCHUMPETER, Joseph A. **The Theory of Economic Development**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1911.

SHATTOW, M. Out of the blue. **Electric Perspectives**, v. 21, n. 3, p. 44-54, 1996.

SHEEHAN, Jerry. Understanding service sector innovation. **Communications of the ACM**, v. 49, n. 7, p. 42-47, 2006.

SILVA, Andressa H.; FOSSÁ, Maria I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, 2015.

SINKULA, James M. Market information processing and organizational learning. **The Journal of Marketing**, p. 35-45, 1994.

SIMPSON, Penny M.; SIGUAW, Judy A.; ENZ, Cathy A. Innovation orientation outcomes: The good and the bad. **Journal of Business Research**, v. 59, n. 10, p. 1133-1141, 2006.

- SIRCAR, Sumit; TURNBOW, Joe L.; BORDOLOI, Bijoy. A framework for assessing the relationship between information technology investments and firm performance. **Journal of Management Information Systems**, v. 16, n. 4, p. 69-97, 2000.
- SKINNER, Quentin. The limits of historical explanations. **Philosophy**, v. 41, n. 157, p. 199-215, 1966.
- ŠKRINJAR, Rok; BOSILJ-VUKŠIĆ, Vesna; INDIHAR-ŠTEMBERGER, Mojca. The impact of business process orientation on financial and non-financial performance. **Business Process Management Journal**, v. 14, n. 5, p. 738-754, 2008.
- SMITH, Adam. **The Wealth of Nations**. London: Dent, 1776.
- SMITH, Richard D.; CHANDA, Rupa; TANGCHAROENSATHIEN, Viroj. Trade in health-related services. **The Lancet**, v. 373, n. 9663, p. 593-601, 2009.
- SØRENSEN, Jesper B.; STUART, Toby E. Aging, obsolescence, and organizational innovation. **Administrative Science Quarterly**, v. 45, n. 1, p. 81-112, 2000.
- STANBACK, Thomas M. **Computerization and the transformation of employment: Government, hospitals, and universities**. Boulder, Colo: Westview Press, 1987.
- SUNDBO, Jon. Management of innovation in services. **Service Industries Journal**, v. 17, n. 3, p. 432-455, 1997.
- SUNDBO, Jon; GALLOUJ, Faïz. Innovation as a loosely coupled system in services. **International Journal of Services Technology and Management**, v. 1, n. 1, p. 15-36, 1998.
- SUNDBO, Jon; ORFILA-SINTES, Francina; SØRENSEN, Flemming. The innovative behaviour of tourism firms—Comparative studies of Denmark and Spain. **Research Policy**, v. 36, n. 1, p. 88-106, 2007.
- SUNDBO, Jon; SUNDBO, Donna; HENTEN, Anders. Service encounters as bases for innovation. **The Service Industries Journal**, v. 35, n. 5, p. 255-274, 2015.
- TETHER, Bruce; HOWELLS, Jeremy. Changing understanding of innovation in services. **Innovation in Services**, v. 9, n. 9, p. 21-60, 2007.
- THAKUR, Ramendra; HALE, Dena. Service innovation: A comparative study of US and Indian service firms. **Journal of Business Research**, v. 66, n. 8, p. 1108-1123, 2013.

- THE WORLD BANK. World development indicators. 2014. Disponível em: <<http://www.worldbank.org>> Acesso em: 20 jan. 2017.
- THOMAS, Dan R. E. Strategy is different in service businesses. **Harvard Business Review**, v. 56, n. 4, p. 158-165, 1978.
- THOMKE, Stefan. R&D comes to services. **Harvard Business Review**, v. 81, n. 4, p. 70-79, 2003.
- THOMPSON, Julie D.; GOLDEN, Gerald. **The hospital: a social and architectural study**. New Haven and London: Yale University Press, 1975.
- THORNHILL, Stewart. Knowledge, innovation and firm performance in high-and low-technology regimes. **Journal of Business Venturing**, v. 21, n. 5, p. 687-703, 2006.
- THUNE, Taran; MINA, Andrea. Hospitals as innovators in the health-care system: A literature review and research agenda. **Research Policy**, v. 45, n. 8, p. 1545-1557, 2016.
- THUROW, Lester C. Regional transformation and the service activities. In **Deindustrialisation and Regional Economic Transformation: the Experience of the United States**, 179-198. Boston: Unwin Hyman, 1989.
- TIDD, Joe; HULL, Frank M. Managing service innovation: variations of best practice. **Service Innovation: Organizational Responses to Technological Opportunities and Market Imperatives**, v. 9, p. 3-34, 2003.
- TOIVONEN, Marja; TUOMINEN, Tiina. Emergence of innovations in services. **The Service Industries Journal**, v. 29, n. 7, p. 887-902, 2009.
- TROTT, Paul J. **Gestão da inovação e desenvolvimento de novos produtos**. 4ed. Porto Alegre: Bookman Editora, 2012.
- VAN-DER A. A. W.; ELFRING, Tom. Realizing innovation in services. **Scandinavian Journal of Management**, v. 18, n. 2, p. 155-171, 2002.
- VARGAS, Eduardo R. D. **Inovação em serviços: casos de hospitais porto-alegrenses**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- VARGAS, Eduardo R. D. et al. Innovation in Hospitals and the Service-Dominant Logic. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, n. 1, p. 14, 2014.

VARGO, Stephen L.; LUSCH, Robert F. Evolving to a new dominant logic for marketing. **Journal of Marketing**, v. 68, n. 1, p. 1-17, 2004.

VENKATRAMAN, Natarjan; RAMANUJAM, Vasudevan. Measurement of business performance in strategy research: A comparison of approaches. **Academy of Management Review**, v. 11, n. 4, p. 801-814, 1986.

VERGORI, Anna S. Measuring innovation in services: the role of surveys. **The Service Industries Journal**, v. 34, n. 2, p. 145-161, 2014.

VERMA, Rohit et al. Key elements in service innovation: Insights for the hospitality industry. **Cornell Center for Hospitality**, v. 8, n. 18, p. 1-16, 2008.

VERMEULEN, Patrick; VAN-DER A. A. W. **Organizing innovation in services**. London: Service Innovation, Imperial College Press, 35-53, 2003.

WEMMERLÖV, Urban. A taxonomy for service processes and its implications for system design. **International Journal of Service Industry Management**, v. 1, n. 3, p. 20-40, 1990.

WINTER, Stefan; LASCH, Rainer. Recommendations for supplier innovation evaluation from literature and practice. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 36, n. 6, p. 643-664, 2016.

WITT, Ulrich. What is specific about evolutionary economics? **Journal of Evolutionary Economics**, v. 18, n. 5, p. 547-575, 2008.

WOODSIDE, Arch G.; WILSON, Elizabeth J. Case study research methods for theory building. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v. 18, n. 6/7, p. 493-508, 2003.

YAM, Richard C. M. et al. An audit of technological innovation capabilities in Chinese firms: some empirical findings in Beijing, China. **Research Policy**, v. 33, n. 8, p. 1123-1140, 2004.

YIN, Robert K. **Applications of case study research**. Thousand Oaks: Sage, 1993.

ZEITHAML, Valarie A.; BITNER, Mary J.; GREMLER, Dwayne D. **Services marketing strategy**. Wiley International Encyclopedia of Marketing, 2010.

ZEITHAML, Valarie A.; BITNER, Mary J. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO GESTOR GERAL DO HOSPITAL**  
**ROTEIRO PARA A COLETA DE DADOS SOBRE A INOVAÇÃO NO SETOR**  
**HOSPITALAR GAÚCHO**

**Dados Gerais**

1. Ano de fundação:
2. Localização do Hospital:
3. Receita aproximada do último ano financeiro:
4. Número total de funcionários, sejam eles fixos/concursados ou terceirizados:

**Dados do Entrevistado**

5. Cargo:
6. Tempo no Cargo:

**Cultura Organizacional**

7. Existem atividades explícitas para aproveitar a criatividade do pessoal que compõe o hospital?
8. Como o hospital percebe o papel da liberdade e autonomia para o seu pessoal?
9. Em geral, como são percebidos, por parte de todo pessoal, os riscos inerentes às tomadas de decisões?

**Estratégias**

10. Dentro da estratégia da sua organização, a inovação desempenha algum papel? Qual? Como é operacionalizado?
11. A firma implementa mecanismos para analisar os novos desenvolvimentos tecnológicos e de mercado? Quais?
12. A sua organização busca deixar claro a seus funcionários sobre suas **estratégias** de ações de inovação? Como?

### **Funcionários**

13. Em média, qual o **grau de qualificação** dos funcionários e como é feito o processo de recrutamento e seleção desse pessoal?
14. Existem **treinamentos** voltados para atividades inovadoras e/ou o uso de novas tecnologias? Quais?
15. Como acontece a sugestão de **ideias**, por parte dos funcionários, para melhorar produtos e processos? Eles são recompensados por isso? Como?

### **Pesquisa e Desenvolvimento**

16. Existe um departamento ou uma área **de pesquisa e desenvolvimento** no hospital? Caso exista, ele se relaciona com outras instituições de pesquisa?
17. Existe a contratação de **pesquisa e desenvolvimento** externa?
18. Quais são os **gastos com relação ao faturamento** com essa atividade de P&D?
19. Quais as atividades de pesquisa e desenvolvimento realizadas pela organização para **criar novos conhecimentos** com o objetivo de resolver problemas do hospital?

### **Trajectoria Tecnológica**

20. Como é percebido o emprego das **tecnologias** utilizadas no desenvolvimento do hospital?
21. Em geral, as **tecnologias empregadas** pelo hospital foram ou são **compatíveis/superiores** com as da **concorrência**?
22. Como é tratada a questão das **habilidades técnicas e de gestão** dessas tecnologias (equipamentos, maquinários, etc.)?

### **Trajectoria Institucional**

23. Como é percebido, pelo hospital, o papel das **instituições políticas e públicas ao longo do tempo**?
24. Existem **costumes e tradições** da sociedade na qual o hospital está inserido que devem se considerar nas atividades que vocês realizam?
25. Existem **tabus da sociedade** na qual o hospital está inserido que devem considerar nas atividades que vocês realizam?

### **Competidores**

26. A empresa **compartilha** suas experiências com outras firmas com o intuito de melhorar seu entendimento dos serviços que está prestando? De que forma?
27. A empresa **compara** sistematicamente produtos (serviços) e processos com os dos seus concorrentes? Como?

### **Clientes**

28. A organização sabe **compreender** as necessidades dos pacientes? Como isso ocorre?
29. Como a organização define o papel dos pacientes e desenvolve métodos para **incentivá-los** a participar do processo da prestação de serviço?

### **Fornecedores**

30. Como é a relação do hospital com os fornecedores?
31. Como o hospital avalia seus fornecedores?

### **Desempenho**

32. Qual a variação das vendas nos últimos anos?
33. A organização foi lucrativa nos últimos anos?
34. Qual a variação da aquisição de novos pacientes nos últimos três anos? O hospital procura fidelizá-los?





## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

#### **1. Natureza da pesquisa**

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo **analisar o processo de gestão da inovação em serviços dos hospitais do Rio Grande do Sul**. Esta pesquisa é parte de uma dissertação de Mestrado em Administração da Universidade Federal do Rio Grande.

#### **2. Participantes da pesquisa**

Poderão participar da pesquisa os gestores de topo de hospitais.

#### **3. Participação na pesquisa**

Sua participação é voluntária. Sendo assim, você tem a liberdade de se recusar a participar ou, ainda, a qualquer momento, poderá desistir da pesquisa sem qualquer prejuízo para você.

#### **4. O registro**

Os dados serão coletados por meio de entrevistas gravadas e utilizados na mencionada dissertação de mestrado, bem como poderão ser usados para fins de publicação científica, ensino e encontros científicos.

#### **5. Confidencialidade**

Todas as informações coletadas nesta pesquisa são estritamente confidenciais, de forma que a sua identidade será preservada. Os dados fornecidos não serão utilizados de forma individual, e, sim, consolidados em um relatório final.

#### **6. Benefícios**

Ao participar desta pesquisa, você terá a oportunidade de discutir as variáveis que contribuem para inovar em serviços no setor hospitalar, assim como receber, ao final da pesquisa, os resultados para posterior análise por parte do hospital. Esperamos que esta pesquisa dê informações sobre direcionadores da inovação, assim como sirva para avaliar o

impacto desses direcionadores no desempenho organizacional. Essas informações poderão auxiliar no entendimento do fenômeno e, por conseguinte, ser de utilidade para os gestores e suas respectivas organizações, assim como ser futura fonte de pesquisa acadêmica.

## 7. Riscos

Caso a participação no estudo cause algum risco, como gerador de tristezas e angústias, o respondente poderá solicitar atendimento de profissional de psicologia contratado pelo pesquisador.

## 8. Pagamento

A participação na pesquisa não acarretará em qualquer despesa para você, assim como não será pago nada pela sua participação. Além disso, sempre que quiser, você terá o direito de pedir mais informações sobre a pesquisa. O contato para qualquer dúvida ou solicitação de informações poderá ser feito através do telefone (55)99612-2024 ou pelos *e-mails*: [jorgetellogamarra@gmail.com](mailto:jorgetellogamarra@gmail.com) ou [ricardomachado\\_3@hotmail.com](mailto:ricardomachado_3@hotmail.com).

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, \_\_\_\_\_, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Ricardo Machado Léo

Pesquisador

Telefone: (051) 98524-4424

- Contato com pesquisador responsável pelo trabalho [ricardomachado\\_3@hotmail.com](mailto:ricardomachado_3@hotmail.com)
- Contato com Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS): [cepas@furg.br](mailto:cepas@furg.br)

## **APÊNDICE C – FONTES DE FINANCIAMENTO DO PROJETO**

### **FONTES DE FINANCIAMENTO DO PROJETO**

O projeto foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) mediante a bolsa de pesquisa do aluno de mestrado Ricardo Machado Léo. Essa bolsa teve início no mês de maio do ano de 2015 e terá vigência até o mês de maio de 2017.