

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**A DINÂMICA DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS:
O CASO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES
NO BRASIL E NA FRANÇA**

EDUARDO RAUPP DE VARGAS

ORIENTADOR: PROF. DR. PAULO ANTÔNIO ZAWISLAK

**Porto Alegre
2006**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**A DINÂMICA DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS:
O CASO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES
NO BRASIL E NA FRANÇA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração.

EDUARDO RAUPP DE VARGAS

ORIENTADOR: PROF. DR. PAULO ANTÔNIO ZAWISLAK

**Porto Alegre
2006**

BANCA EXAMINADORA

Presidente

Prof. Dr. Paulo Antônio Zawislak (PPGA/EA/UFRGS)

Examinadores

Professeur Faïz Gallouj (Université des Sciences et Technologies de Lille)

Professeur Jean Philippe (Université Paul Cézanne - Aix Marseille 3)

Prof. Dr. Luis Paulo Bignetti (Universidade do Vale dos Sinos)

Prof. Dr. Ruy de Quadros Carvalho (Universidade Estadual de Campinas)

FOLHA DE APROVAÇÃO

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento de uma tese é, por certo, um trabalho individual. Essa assertiva consta de todos os manuais de metodologia e de todas as orientações que, de uma forma ou de outra, procuram alertar o candidato a Doutor sobre a extensão da tarefa que ele decidiu assumir. Mas, se a tese é um trabalho individual, o processo de doutoramento, do qual ela resulta, é um processo absolutamente intransponível sem que se conte com o apoio coletivo e de diferentes coletivos: amigos, família, colegas, professores, funcionários, agências financiadoras e tantos outros. Não fosse essa constatação tão óbvia, boa parte do marco teórico desta tese não nos deixaria esquecer que ela é fruto de associações que, por um motivo ou por outro, a viabilizaram com suas forças e fraquezas, estas últimas somente atribuíveis ao seu autor. Gostaria, portanto, de fazer aqui um conjunto de agradecimentos.

À Capes, pelo financiamento do meu doutorado no Brasil durante dois anos, mas, sobretudo, ao financiamento do estágio de doutorando em Lille (França), que possibilitou a realização deste projeto.

Aos professores Jean Philippe, Luiz Paulo Bignetti e Ruy de Quadros Carvalho, por terem aceitado fazer parte da banca de defesa da tese.

Ao Professor Paulo Zawislak, meu orientador de Mestrado e de Doutorado, que nos últimos cinco anos tem sido parceiro constante no meu desenvolvimento acadêmico e profissional e que, a partir desta relação, hoje de amizade, emprestou sua competência para que eu pudesse levar adiante, mesmo nas situações adversas que se apresentaram, o trabalho aqui reunido.

Ao Professor Faïz Gallouj, cuja generosidade e carinho com que acolheu, a mim e minha esposa, durante minha estada na Université de Lille 1, foram fundamentais para que este trabalho fosse viável. O brilhantismo do Prof. Faïz Gallouj em sua carreira acadêmica certamente é um reflexo da figura humana que ele é. Esta tese não teria acontecido sem sua ajuda e orientação.

Aos Professores Faridah Djellal, Camal Gallouj e Michel Cremadez, pelo apoio a este projeto de pesquisa e pelos contatos e pelas orientações quanto à pesquisa nos hospitais franceses.

À Professora Edi Madalena Fracasso, verdadeiro exemplo de vocação acadêmica, sempre pronta para um abraço amigo e uma palavra de estímulo. Ao Professor Luiz Felipe

Nascimento e à Professora Rosinha Carrion, pelo apoio, pelas recomendações de leitura e pelo exemplo de trabalho e dedicação.

Quero agradecer ainda aos amigos e aos colegas de Porto Alegre, sobretudo a Moisés Balestro, Dirk Bohe e Karen Menger. Aos amigos de Brasília, que já são tantos, e aos colegas da Universidade de Brasília. Ao meu grande amigo Eliseu Machado Vieira Júnior. E também aos amigos cultivados durante a passagem por Lille, em especial Cécile, Vassili, Nikolai e Roman Stetsenko, Estelle Soudant, Lícia Valladares, Suzana Gonzales, Pascal Delatouche e Céline Merlin-Brogniart. Em cada um desses lugares, esses amigos não pouparam palavras e gestos de apoio, estímulo e compreensão para que eu seguisse meu trabalho.

Por fim, quero agradecer a minha família. Aos que se foram, meus avós Antônio Raupp, Ivo e Aida Vargas e meu tio e padrinho, Ronaldo Vargas. Tenho certeza de que compartilhariam alegremente este momento e, na minha memória, o seu carinho sempre foi um estímulo nas horas difíceis. A minha avó Ediles, a meus pais, Rodnei e Terezinha, a minha irmã, Elizabete, a meu cunhado, Fabrício, e a minha filha, Mariana, que tiveram que se acostumar com minha ausência, mas não deixaram de me acompanhar em nenhum instante. Aos meus sogros, Waltemiro e Vera Lúcia, e ao meu cunhado, Saulo, este último com participação direta no trabalho, auxiliando em transcrições de entrevistas, muito obrigado pelo estímulo! E, finalmente, a minha esposa, Sayonara. Com seu brilhantismo e dedicação como pesquisadora e professora, é sempre um exemplo para mim. Seu amor e seu sorriso, uma fonte constante de coragem e alegria para chegar até aqui.

RESUMO

A dinâmica da inovação em serviços: o caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França

Os avanços na compreensão da inovação em serviços têm resultado numa abordagem integradora que permite vislumbrar a inovação em serviços tendo em conta as especificidades dessas atividades e os conceitos da teoria neo-schumpeteriana. Essa integração encontra obstáculos quando o conceito de sistema de inovação é aplicado aos serviços. A principal dificuldade tem sido desenvolver esse enfoque em torno de um produto não tangível, resultante da definição convencional dos atores envolvidos na relação de serviço, em que a variabilidade de concepções justificáveis do produto do serviço é intrínseca. Com base na investigação de um determinado ramo de serviços, os serviços hospitalares, nossa tese se alicerça em dois pontos. Primeiro, propomos que a associação da abordagem integradora da inovação em serviços à noção de rede tecno-econômica constitui uma perspectiva de análise da dinâmica da inovação em serviços que, ao mesmo tempo, contempla a diversidade de atores, fontes, formas e objetivos da inovação, sem deixar de lado a pluralidade das atividades de serviços ou restringir suas possibilidades de evolução. Segundo, em relação ao nosso objeto de pesquisa, podemos propor que as inovações nos serviços hospitalares correspondem à evolução das convenções que definem o produto esperado desse serviço. A partir do estudo de casos de inovações em hospitais, no Brasil e na França, verificamos lógicas de inovação distintas que, numa análise em termos de rede tecno-econômica, resultam das lógicas de ação dos atores heterogêneos que interagem nos respectivos sistemas hospitalares, permitindo uma análise da dinâmica desses processos de inovação nos termos propostos.

Palavras-Chave: inovação; serviços; hospitais; rede tecno-econômica

RESUME

La dynamique de l'innovation dans les services : le cas des services hospitaliers au Brésil et en France

Les avancées théoriques permettent de discerner l'innovation dans les services tout en prenant en compte les spécificités de ces activités, ainsi que les concepts de la théorie néo-schumpetérienne. Cette intégration doit faire face à des obstacles lorsque le concept de système de l'innovation est appliqué aux services. Dans ce cas, la principale difficulté a été de développer cette analyse autour d'un produit non-tangible, où il existe une variabilité intrinsèque de conceptions justifiables du produit du service. Notre thèse s'est construite autour de deux piliers. Nous avons d'abord démontré que l'association des approches intégratrices de l'innovation dans les services avec la notion de réseau technico-économique constitue une perspective d'analyse de la dynamique de l'innovation dans les services et, qu'en même temps, elle permet de prendre en compte la diversité des acteurs, des sources, des formes et des objectifs de l'innovation, sans pour autant mettre de côté la pluralité des activités de services ou restreindre leurs possibilités d'évolution. Ensuite, nous avons considéré, par rapport à notre objet de recherche, les services hospitaliers, que les innovations correspondent à l'évolution des conventions qui définissent le produit attendu pour ce service. A partir de l'étude de cas d'innovations dans les hôpitaux, au Brésil et en France, nous avons pu vérifier des logiques différentes d'innovation qui, dans le cadre d'une analyse en termes de réseau technico-économique, proviennent de l'action d'acteurs hétérogènes qui interagissent au sein des différents systèmes hospitaliers, permettant une analyse de la dynamique de ces processus d'innovation.

Mots-Clefs : innovation ; services ; hôpitaux ; réseau technico-économique

ABSTRACT

The dynamics of service innovation: the case of hospital services in Brazil and in France

The achievements in the understanding of innovation in services has resulted into a integrating approach where this type of innovation is seen within its specificities and the concepts of neoschumpeterian theory. Such integrating approach is hampered when the concept of innovation system is applied to services. The main difficulty in this case has been to develop this approach around an intangible product, deriving from the conventional definition of the actos involved in a service relation, with intrinsic product concept variability. Based on a particular industry, hospital services industry, this dissertation is grounded in two points. First, I suggest the association between the integrating approach and technoeconomic networks offers a perspective to analyze service innovation dynamics by including a wide array of actors, sources, forms and objectives of innovation without overlooking the plurality of the service activities or constraining their possibilities of evolution. Second, in relation of my research goal, I can suggest innovation in hospital services correspond to the evolution of the conventions which define the expected product of this service. Departing from the case studies in Brazil and in France, I verify different innovation rationales, by analyzing the technoeconomic networks, resulting from different logics of action in heterogeneous actors which interact in their particular hospital systems. This allows the dynamics of such innovation processes as formerly suggested.

Key-Words: innovation; services; hospitals; techno-economic network

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1 – O triângulo do serviço</i>	58
<i>Figura 2 - Os três tipos de lógica de serviço</i>	61
<i>Figura 3 – Representação geral do produto em termos de características</i>	68
<i>Figura 4 – O pêndulo analítico para análise da inovação em serviços</i>	79
<i>Figura 5 – A decomposição funcional do serviço (M, I, K, R) entre as competências mobilizadas (C) e as funções de serviço (S)</i>	87
<i>Figura 6 – O sistema de inovação centrado em um problema ou oportunidade</i>	102
<i>Figura 7 – Exemplos de trajetórias resultantes da dinâmica interna de uma RTE</i>	132
<i>Figura 8 – Uma representação do serviço hospitalar a partir da noção de RTE</i>	150

LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1 – A variedade de trajetórias de inovação em serviços</i>	89
<i>Quadro 2 – Exemplos de intermediários em uma RTE</i>	116
<i>Quadro 3 – Esquema de análise do produto e da inovação no serviço hospitalar</i>	159
<i>Quadro 4 – Evolução do sistema hospitalar público francês</i>	189
<i>Quadro 5 – As configurações-tipo das clínicas privadas</i>	192
<i>Quadro 6 – Faturamento, efetivo e número médio de leitos, segundo categoria dos hospitais privados franceses em 2004</i>	193
<i>Quadro 7 – Hospitais pesquisados no Brasil</i>	200
<i>Quadro 8 – Hospitais pesquisados na França</i>	201
<i>Quadro 9 – Introdução da linha de atenção “Mamãe-Bebê” no Hospital Conceição</i>	208
<i>Quadro 10 – Criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar no Hospital de Sobradinho</i>	210
<i>Quadro 11 – Agendamento informatizado no serviço de dermatologia do HRG</i>	211
<i>Quadro 12 – Implementação do Centro de Terapia Intensiva Neonatal no Hospital Divina Providência</i>	214
<i>Quadro 13 - Introdução de um novo equipamento de cirurgia refrativa no Hospital Banco de Olhos</i>	216
<i>Quadro 14 – Novo hospital para tratamento do câncer</i>	217
<i>Quadro 15 – Espaço da Saúde e Bem-Estar do Hospital Moinhos de Vento</i>	218
<i>Quadro 16 – Introdução do Serviço de Atendimento ao Médico no Hospital Brasília</i>	219
<i>Quadro 17 – Organização por clínicas, contratualização e transversalidade</i>	225
<i>Quadro 18 – Serviço Descentralizado de Diálise</i>	229
<i>Quadro 19 – Novo serviço de transporte interno de pacientes</i>	231
<i>Quadro 20 – Inovação no Pólo de Hotelaria do Centro Hospitalar de Valenciennes</i>	233
<i>Quadro 21 – Novo sistema de informação do Centro Hospitalar de Arras</i>	236
<i>Quadro 22 – GCS entre a Clínica SOS-Mains e o CHRU de Lille</i>	239
<i>Quadro 23 – Rede gerontológica no Centro Hospitalar Saint-Philibert</i>	242

SUMÁRIO

<i>Agradecimentos</i>	5
<i>Resumo</i>	7
<i>Résumé</i>	8
<i>Abstract</i>	9
<i>Lista de Figuras</i>	10
<i>Lista de Quadros</i>	11
<i>Introdução Geral</i>	14
Parte I – Em Direção a uma Perspectiva de Análise da Dinâmica da Inovação em Serviços	26
Introdução da Primeira Parte	27
1 Os Serviços em Questão	30
1.1 Uma abordagem integrada da produção de bens e serviços	35
1.1.1 O serviço como parâmetro de valor das atividades produtivas	35
1.1.2 As relações de serviço na produção de bens e de serviços	43
1.2 A relação de serviço nas atividades de serviços	52
1.2.1 Uma definição sociotécnica dos serviços e de suas lógicas de operação	53
1.2.2 Relações de serviço e convenções de serviço: a definição do produto do serviço	63
2 Os Serviços e a Inovação	71
2.1 Abordagens teóricas da inovação em serviços	72
2.1.1 A abordagem tecnicista	72
2.1.2 A abordagem baseada nos serviços	74
2.1.3 A abordagem integradora	76
2.2 Uma integração neo-schumpeteriana?	80
2.2.1 O conceito de inovação	82
2.2.2 Trajetórias, paradigmas e heterogeneidade dos serviços	84
2.2.3 Sistemas de inovação e serviços	90
3 Inovação em Serviços: uma perspectiva de análise a partir da noção de Rede Tecnológica	106
3.1 Redes: uma delimitação	107
3.2 A noção de rede techno-econômica (RTE)	111
3.2.1 Intermediários	115
3.2.2 Atores	119
3.2.3 A operação de tradução e a formação da rede	123
3.2.4 A dinâmica e a “pontualização” das RTEs	130
3.3 RTE como <i>framework</i> para análise da dinâmica dos processos de inovação no setor de serviços	134
3.3.1 A RTE e a produção de serviços	134
3.3.2 RTE, relações de serviço e a abordagem integradora da inovação em serviços	136
3.3.3 RTE e a análise de inovações em serviços	139
Conclusão da Primeira Parte	141

Parte II – A dinâmica da inovação nos serviços hospitalares no Brasil e na França	143
Introdução da Segunda Parte	144
4 Produção e Inovação em Serviços Hospitalares: elementos para uma análise em termos de Rede Tecno-Econômica	146
4.1 Relação de serviço e uma representação dos serviços hospitalares em termos de RTE	146
4.2 Abordagem funcional da produção e da inovação em serviços hospitalares	155
4.3 A dinâmica da inovação em serviços hospitalares: contribuições de uma análise em termos de RTEs	164
5 Método e Procedimentos de Pesquisa	167
5.1 Perspectiva teórico-metodológica: a opção pelo estudo de caso	167
5.2 Os serviços hospitalares no Brasil e na França	173
5.2.1 Os serviços hospitalares no Brasil	174
5.2.2 Os serviços hospitalares na França	185
5.3 Os procedimentos de coleta e documentação de evidências	198
5.4 Os procedimentos de análise das evidências	203
6 As Inovações nos Serviços Hospitalares no Brasil e na França	206
6.1 Inovação nos serviços hospitalares no Brasil	206
6.1.1 Hospitais públicos	207
6.1.2 Hospitais privados participantes do SUS	213
6.1.3 Hospitais privados não-participantes do SUS	217
6.1.4 Hospitais universitários	221
6.2 Inovação nos serviços hospitalares na França	223
6.2.1 Hospitais públicos	224
6.2.2 Hospitais privados	238
6.3 A dinâmica da inovação nos serviços hospitalares: uma análise comparativa dos casos brasileiro e francês	243
6.3.1 A dinâmica da inovação nos hospitais brasileiros	243
6.3.2 A dinâmica da inovação nos hospitais franceses	248
6.3.3 Elementos para uma análise comparativa	252
Conclusão da Segunda Parte	255
Conclusão Geral	256
Referências	260
Apêndices	272
Apêndice A – Roteiro de entrevista com os diretores de hospitais no Brasil	273
Apêndice B – Roteiro de entrevista com os diretores de hospitais na França	275
Apêndice C – Roteiro de entrevista com representantes de atores institucionais no Brasil	277
Apêndice D - Roteiro de entrevista com representantes de atores institucionais na França	279
Apêndice E – Roteiro de entrevista com os responsáveis por projetos inovadores no Brasil	281
Apêndice F – Roteiro de entrevista com os responsáveis por projetos inovadores na França	282

INTRODUÇÃO GERAL

A importância crescente das atividades de serviços nas principais economias desenvolvidas, bem como nas estratégias empresariais, tem despertado o interesse de acadêmicos e profissionais no sentido de compreender, de maneira apropriada, a dinâmica dessas atividades, suas implicações administrativas e econômicas, bem como suas relações com os demais setores econômicos. Por certo, a discussão que por ora menciona uma “revolução dos serviços”, noutra aponta para uma sociedade pós-industrial; ora aponta para possíveis relações entre desenvolvimento econômico e aumento da participação relativa dos serviços na economia, ora destaca a emergência de uma sociedade neo-industrial, está longe de ser esgotada. No cerne dessas discussões repousam alguns pressupostos, segundo os quais o setor de serviços é inexoravelmente vinculado a um baixo crescimento da produtividade, a uma densidade tecnológica frágil e a ofertar ocupações de qualificação inferior. Tais características parecem distantes quando verificamos o sucesso global de muitas empresas de serviços e, embora possam ser qualificativos adequados para algumas atividades de serviço, eles se mostram circunscritos a determinados ramos. Noutros são justamente o dinamismo, a capacidade de adaptação às mudanças, a intensidade com que as novas tecnologias são incorporadas, e mesmo desenvolvidas, que dão a tônica.

A análise do processo de inovação em serviços tem se mostrado elemento central para o avanço nas explicações desta nova dinâmica intersetorial da atividade produtiva, protagonizada, em grande medida, pelos serviços que, mesmo nas atividades industriais, têm jogado um papel fundamental na difusão do conhecimento e das inovações. Nosso argumento é que a dissonância nesse debate reside, por um lado, na complexidade da definição dos serviços, principalmente no que diz respeito à definição do produto do serviço, e, por outro, no fato de que a teoria da inovação, dedicada à análise da evolução das atividades produtivas, ainda não contempla as características dos serviços, e as implicações dela decorrentes, de maneira totalmente satisfatória. Esta tese se insere, justamente, neste esforço de compreensão, buscando articular as contribuições dos estudos sobre serviços e dos estudos sobre inovação em direção a uma perspectiva que contribua para o avanço do conhecimento sobre a dinâmica da inovação em serviços. No caso deste estudo, especificamente, é sobre a dinâmica da inovação nos serviços hospitalares que nos debruçamos. Para tanto, entendemos ser preciso examinar o que se entende por serviços, em que essa definição pode afetar a compreensão

existente sobre os processos de inovação e em que medida estes podem ser compreendidos no conjunto de sua dinâmica, ou seja, considerando determinantes, atores, formas e finalidades desses processos.

A definição das atividades de serviços vem sendo objeto de controvérsias há longo tempo e em diferentes campos do conhecimento. A Ciência Econômica, na qual os objetos de interesse, como não poderia deixar de ser, avançaram *par i passo* com os movimentos das forças produtivas, ocupou-se, inicialmente, das atividades primárias e, posteriormente, das novas relações sociais de produção que foram engendradas a partir da Revolução Industrial. Será o declínio do modo de produção “fordista”, predominante na indústria na maior parte do século XX, que fará com que os serviços sejam galgados à pauta de discussões. No campo das Ciências Administrativas, os serviços constituem um foco de estudo relativamente recente, cujo pólo inicial de desenvolvimento está majoritariamente ligado às pesquisas em Marketing e, em boa medida, Logística, reproduzindo o movimento dos focos de interesse observados na Ciência Econômica; porém, com ênfase no papel dos serviços como fontes de vantagem competitiva. Essa lógica seqüencial, histórica e, provavelmente, inevitável, que conduziu as preocupações científicas aos serviços, engendrou, ao menos, dois problemas. De um lado, a tendência de transposição, pura e simples, dos conhecimentos acumulados nos estudos industriais aos serviços, o que nem sempre redundou numa análise compatível às especificidades dessas atividades. De outro, uma dicotomia artificial das atividades produtivas, ora manifestada na oposição atividades produtivas/atividades improdutivas, em que, via de regra, os serviços eram associados às últimas, ora manifestada em análises casuísticas que, no intuito de suplantar a impropriedade dos problemas de transposição, enumeram especificidades tais que impedem uma abordagem conjunta das atividades produtivas.

Esses riscos são reconhecidos neste trabalho e conduzem a problemática de como investigar a dinâmica da inovação em serviços, considerando as especificidades dessas atividades, mas sem desconsiderar sua articulação com elementos que, direta ou indiretamente, influenciam os rumos de sua evolução. Por isso, colocamo-nos numa perspectiva intermediária (ou integradora, que parece o termo mais adequado), mas não hesitante, a qual, longe de ser mais cômoda, nos obriga a trilhar uma linha tênue de equilíbrio entre as alternativas da transposição e da dicotomia, que permita, por sua vez, uma proximidade maior da realidade complexa em que se processam as atividades de serviços. Em outras palavras, a perspectiva adotada aqui procura valorizar as especificidades das atividades de serviços, evitando uma postura simplificadora ou reducionista, sem deixar de lado a

riqueza do que há de comum e complementar e que, portanto, associa as atividades de serviço às demais atividades produtivas, sobretudo às industriais, com as quais os serviços se vêm cada vez mais imbricados. Essa postura se repete no que diz respeito ao conjunto das atividades de serviço. Ou seja, procuramos contemplar a diversidade existente em seu interior, sua heterogeneidade, respeitando as peculiaridades de seus diversos ramos produtivos. Especificidades (setoriais), diversidade (intra-setorial) e associação (intra e intersetorial) são termos-chave na linha condutora deste estudo. Sendo assim, adotamos um marco teórico que permite ingressar no tema de pesquisa – inovação em serviços – de forma coerente com essas preocupações. Procuramos articular, dessa forma, três contribuições teóricas: uma definição das atividades de serviços baseada no conceito de relação de serviço e na noção de lógicas de serviço; uma abordagem sobre as inovações em serviços denominada integradora, que busca incorporar as especificidades dos serviços no contexto mais amplo da teoria da inovação neoschumpeteriana; e um enfoque sobre a dinâmica das inovações, o qual parte da noção de rede tecno-econômica, que nos permita um olhar sobre a evolução dos serviços.

Marco teórico

Como ponto de partida, propusemo-nos a discutir o que há de comum e o que há de específico às atividades de serviço. As contribuições da chamada “socioeconomia dos serviços” são fundamentais, sendo os trabalhos de Jean Gadrey (1991; 1994a; 2000; 2002) aqueles que orientaram nossa discussão. Dentre essas contribuições, partimos do conceito de relação de serviço, o qual nos permite identificar elementos que transcendem à divisão tradicional de setores econômicos e que permitem verificar pontos comuns entre a indústria e os serviços, seja no conjunto do processo produtivo, seja, principalmente, na interação com os clientes ou usuários dos resultados desse processo. A relação de serviço permite caracterizar a incorporação do cliente, ou usuário, na concepção e na produção de um bem ou serviço, ou ainda de uma combinação bens/serviços. Os serviços, como é voz corrente na literatura, possuem um processo produtivo constituído por uma seqüência de atividades, as quais, na maior parte das situações, são indissociáveis do seu resultado. Nessa perspectiva, tal qual no caso de um bem, a produção de serviços envolve a entrega de valor ao cliente, subsequente a um determinado processo produtivo. Eis, portanto, aspectos comuns às atividades produtivas, quais sejam, a existência de um processo produtivo e do objetivo final deste, que é a criação e a entrega de valor ao cliente. O envolvimento desse no processo, designado pelo conceito de relação de serviço, pode ser verificado tanto em produção de serviços quanto na produção de bens.

Se o conceito de relação de serviço nos alerta para o que há de comum no processo produtivo de bens e serviços, não é motivo suficiente para que as especificidades setoriais sejam desconsideradas. Nas atividades de serviço, que nos interessam diretamente neste trabalho, a definição do seu resultado, o produto do serviço, envolve um grau de incerteza superior ao da produção de um bem, justamente pela inexistência do objeto tangível que permite o julgamento objetivo do resultado do processo produtivo. O caráter relacional do processo produtivo e a incerteza em relação ao seu resultando constituem os principais fundamentos das dificuldades enfrentadas nas definições dos serviços. Os serviços podem variar de concepção e de resultado – logo, de produto - de acordo com os atores envolvidos na sua produção e uso. Em primeiro lugar, no que diz respeito às atividades de serviço, o resultado, o valor entregue ao cliente/usuário¹, não pode desprender-se da relação de serviço, isto é, do envolvimento do cliente num processo que, assim, envolve a co-produção do valor. Essa característica, fundamento de grande parte das especificidades que podemos atribuir aos serviços, tem nuances que se manifestam de acordo com os ramos de serviços considerados. Deparamo-nos, portanto, com sua variabilidade, à medida que os resultados podem variar de acordo com o tipo e a intensidade de relação estabelecida, e com sua diversidade, uma vez que cada ramo de serviço ou, indo mais longe, cada prestação no interior de uma determinada organização de serviço podem ter uma relação de serviço mais ou menos intensa e definidora do valor.

O produto do serviço, nesse contexto relacional, só pode ser definido com base em uma convenção, ou seja, a partir de um acordo entre os atores envolvidos, direta ou indiretamente, na produção do serviço. A configuração desse acordo se dá com base em questões técnicas, ou operacionais, mas também por normas explícitas, como as que regulam as atividades produtivas, e, principalmente, com base em normas implícitas, atreladas ao contexto sociocultural da prestação. As dimensões operacional e socioeconômica conformam as expectativas de produtores e clientes/usuários sobre o serviço esperado e, por esse motivo, são indissociáveis da análise de como o produto do serviço é configurado.

Ao conceito de relação de serviço precisamos, então, agregar uma definição dos serviços que contemple esses aspectos. Pois é exatamente nessa perspectiva que Jean Gadrey (2000) propõe uma definição sociotécnica das atividades de serviço, que considera três lógicas distintas, resultantes, por sua vez, do cruzamento de duas dimensões: a forma de

¹ Ao longo deste trabalho empregaremos a expressão “cliente/usuário” para enfatizar que o usuário do serviço nem sempre é o cliente do mesmo, no sentido de que cliente é aquele que remunera o serviço, enquanto o usuário

acionamento do serviço e o tipo de capacidade (técnica ou humana) preponderante na prestação. Assim, os serviços podem ser ofertados segundo uma *lógica de oferta de competência técnica*, de uma *lógica de demanda de utilização* ou de uma *lógica de performance*. Cada uma dessas lógicas indica diferentes intensidades da relação de serviço e diferentes características tecnológicas da prestação, as quais podem se apresentar individualmente ou em diferentes combinações na prestação de um serviço dado, resultando em efeitos diferenciados sobre o processo produtivo. Ao levarmos em conta esses aspectos, podemos vislumbrar que os resultados de uma prestação de serviços podem variar largamente, segundo a lógica de serviço considerada e, sobretudo, segundo a relação de serviço em vigor. Esses aspectos se refletem no resultado da prestação que, por sua vez, será definido a partir de convenções que, direta ou indiretamente, circunscrevem os termos da relação de serviço e permitem que as atividades produtivas se desenrolem sem o obstáculo de uma incerteza radical. Tal constatação não pode ser deixada de lado ao nos ocuparmos do processo de inovação em serviços.

No que diz respeito à inovação, as dificuldades de transposição dos conceitos e dos métodos desenvolvidos para análise da evolução de setores industriais se mostra tão ou mais problemática. A ausência de um objeto, de um ponto de observação tangível, torna a análise da inovação em serviços mais controversa. O foco prioritário, e muitas vezes único, nas inovações tecnológicas restringe sobejamente a análise a uma das fontes de inovação passíveis de verificação. É nesse ponto que a literatura sobre inovação em serviços é mobilizada, sobretudo as vertentes que, mesmo em uma perspectiva de complementaridade, apontam os limites da transposição dos marcos teóricos industrialistas, de origem neoschumpeteriana, para o exame do processo de inovação em serviços, em que pese a afinidade dessas abordagens em sua crítica à chamada economia neoclássica. Especialmente no que tange aos chamados estudos taxonômicos, as abordagens neo-schumpeterianas, ao procurarem identificar trajetórias de inovação setorialmente definidas (PAVITT, 1984), limitam-se ao exame dos determinantes tecnológicos da inovação, contribuindo para enraizar um viés de subordinação dos serviços à indústria, responsável maior, nessa perspectiva, pela introdução das inovações tecnológicas.

No que concerne às tentativas de desenvolver uma teoria da inovação apropriada às características dos serviços, podemos identificar, tendo como critério de classificação os determinantes das inovações, três abordagens fundamentais: a tecnicista, associada ao estudo

dos impactos das inovações tecnológicas, advindas da indústria, na melhoria dos serviços ofertados; a baseada em serviços, de cunho oposto, que procurava enfatizar as especificidades dos serviços e seu potencial em termos de inovação, destacando o papel da relação de serviço no estímulo às inovações; e, por fim, a integradora (GALLOUJ, 1994). Esta, como sugere a denominação, contribui para uma perspectiva comum que, sem negligenciar as especificidades setoriais e intra-setoriais, seja capaz de oferecer os instrumentos analíticos necessários para o exame dos processos de inovação na indústria e nos serviços.

Partindo dessa perspectiva, valemo-nos da proposição de uma análise das inovações em serviços a partir de uma decomposição funcional dessas atividades, baseada nas operações de serviço e nas competências mobilizadas, tal qual proposto por Faïz Gallouj (1999; 2002a). A partir da definição dos serviços em termos de lógicas, a prestação de serviço pode ser analisada em função do suporte sobre o qual é realizada. Esses suportes do serviço, apontados por Gadrey (1991) e Gallouj (1999), permitem identificar quatro grupos de operações de serviço, a saber: *operações materiais*, quando a prestação de serviço se realiza sobre um objeto tangível; *operações informacionais*, que envolvem o tratamento de informações codificadas; *operações metodológicas*, que dizem respeito à aplicação de um método de solução, de um conhecimento codificado, à solução de um problema; e, finalmente, as *operações relacionais*, que designam os métodos e as técnicas empregados no relacionamento direto entre o prestador de serviço e o cliente/usuário e que, nas atividades de serviço, podem ser identificadas sempre, em maior ou menor grau, na companhia de uma das operações anteriormente mencionadas. Nessa perspectiva, as inovações podem ser verificadas, em uma determinada prestação de serviço, a partir de alterações nas operações de serviço, na introdução de novas operações e em novas formas de combinação entre operações mobilizadas. A inovação será percebida à medida que houver alteração nas características do serviço prestado, o que implica, na perspectiva aqui adotada, alterações na relação de serviço e, portanto, nas convenções que lhe circunscrevem. A articulação dessas abordagens nos permite combinar, de um lado, o reconhecimento das especificidades dos serviços e, de outro, os efeitos de tais especificidades na análise do processo de inovação.

Entretanto, resta em discussão, e esta é a problemática geral desta tese, como combinar essas conclusões em uma abordagem que não seja pontual, que desconheça os efeitos de interação com outras atividades econômicas, com os avanços científicos e tecnológicos, com os efeitos provenientes dos procedimentos de regulação, enfim, de todos os atores que, tanto em seus aspectos operacionais quanto socioeconômicos, interferem nas condições em que se desenrola a relação de serviço e, portanto, na própria evolução do serviço ofertado. As

tentativas desenvolvidas nessa direção, as quais se basearam na aplicação do conceito de sistema de inovação, principalmente em sua perspectiva de análise setorial, esbarraram na variabilidade e na diversidade do produto do serviço, levando a soluções insuficientes que ora deixavam de lado a pluralidade do processo produtivo em serviços, ora descaracterizavam a própria noção de sistema. Nossa preocupação vai se centrar, então, em como as inovações, identificadas a partir das mudanças das operações de serviço mobilizadas e que provocam alterações no resultado do serviço, podem ser associadas às alterações na relação de serviço. A relação entre o caráter convencional do produto do serviço e o papel da relação de serviço na prestação e nos processos de inovação constitui, portanto, o cerne da problemática geral desta tese. Para compreendê-la, introduzimos um outro conceito, o de rede tecno-econômica (RTE), proposta por Michel Callon (1991), no âmbito da chamada Actor-Network Theory (ANT).

O conceito de rede tecno-econômica foi desenvolvido para análise das interações entre laboratórios de pesquisa, centros tecnológicos e empresas como um ferramental analítico apto a compreender a interação entre atores heterogêneos, com lógicas de ação diferenciadas e que conseguem, mesmo assim, chegar a bom termo a processos de inovação. Uma RTE não é uma estrutura dada, cuja descrição se preste apenas a nomear atores que, previamente, supomos integrar a rede. Ao contrário, uma RTE é resultado de associações entre atores que assumem essa condição no processo em análise, a partir da mobilização de intermediários que permitem estabelecer os vínculos entre esses atores advindos de pólos de atividade distintos, por intermédio de operações de tradução. Essa perspectiva nos parece perfeitamente articulável com a noção de relação de serviço e constitui uma solução vantajosa em relação às opções da chamada análise sistêmica, as quais apresentam limites importantes para apreender a característica relacional intrínseca à configuração do produto do serviço. Esse caráter relacional torna latente a perspectiva de variabilidade do produto do serviço, dadas as diferentes concepções justificáveis em jogo, o que passa ao largo das abordagens em termos de sistemas de inovação. A noção de rede tecno-econômica permite, assim, uma análise global da dinâmica do processo de inovação que contempla, além das operações de serviço diretamente envolvidas na prestação, a análise do papel de todos os intervenientes no processo. Esses atores, que direta ou indiretamente provocam mudanças no serviço prestado por meio de mecanismos de associação, podem ser identificados quando há uma quebra da rotina no processo produtivo e a RTE precisa passar por um ajuste ou uma reconfiguração, ou seja, justamente quando se desenvolvem os processos de inovação.

Objeto de pesquisa: os serviços hospitalares

Para investigarmos esse problema, abordamos um ramo de serviços específico: os serviços hospitalares. A escolha dos serviços hospitalares como objeto deste estudo se deve às características dessa prestação que permitem a observação de diversas nuances das atividades de serviços e, portanto, dos processos de inovação. Os serviços hospitalares podem ser considerados uma associação de serviços elementares, como propõe Djellal et al (1994), os quais interagem na composição do produto global de um hospital. Assim, além da assistência médica, atividade principal do hospital, serviços como limpeza, nutrição, lavanderia, lojas de conveniência, serviços de apoio ao diagnóstico e muitos outros são componentes indissociáveis do serviço hospitalar esperado pelos clientes/usuários e, em muitos casos, são imprescindíveis ao bom desempenho da atividade principal. Portanto, ao analisarmos os serviços hospitalares, estamos abordando um verdadeiro mosaico de serviços, cada qual com suas peculiaridades. Essa composição, que resulta no serviço hospitalar, aponta a multiplicidade de fontes e oportunidades de inovação que se podem vislumbrar no bojo da organização hospitalar. Os serviços hospitalares são um *locus* privilegiado para observação das lógicas de serviço definidas por Gadrey (2000).

Os serviços hospitalares oferecem uma diversidade organizacional que, a partir de um mesmo objeto, possibilita verificar processos de inovação em situações que envolvem hospitais de diferentes naturezas: públicos, privados e privados participando do serviço público. Cada uma dessas configurações permite investigar diferentes motivações para inovar, diferentes formas de inovação e, ainda, diferentes atores. Por fim, os serviços hospitalares são cercados por um forte apelo popular, o que faz com que a relação de serviço esteja envolta em numerosas formas de regulação: códigos de saúde pública, portarias ministeriais, normas de acreditação, códigos de ética de várias profissões e outras. Todo esse emaranhado de normas explícitas se juntam ao conjunto de hábitos, costumes que a própria história da assistência hospitalar estabeleceu e que, dessa forma, configuram o “clima”, nos termos de Gadrey (1994a), em que se desenvolve a prestação de serviço. Essa riqueza dos serviços hospitalares, envolvendo a composição de serviços no hospital, as lógicas de serviço correspondentes e as formas de regulação que circunscrevem a relação de serviço, torna esse objeto de pesquisa um *locus* privilegiado para a análise da dinâmica da inovação.

Problemática

A construção teórica desenvolvida, associada às características de nosso objeto de pesquisa, conduz-nos à problemática específica desta tese, que se debruça sobre a dinâmica da inovação em serviços hospitalares.

Como vimos, a busca de uma análise global da dinâmica da inovação tem demonstrado a insuficiência das abordagens em termos de sistema de inovação, já aplicadas aos serviços, para lidar com a variabilidade do produto do serviço. Consideradas as características dos serviços hospitalares que, por um lado, resultam da composição de serviços elementares diversos e, por outro, ostentam uma importância social e um forte caráter relacional, torna-se necessário investigar como a multiplicidade de atores que concorrem para a produção desses serviços, articulados em torno de uma determinada concepção do produto esperado, interagem no desenvolvimento de inovações e como se dá essa dinâmica. Com base nos conceitos revisados, podemos esperar que esses atores se articulem em uma rede tecno-econômica, que envolve diferentes pólos de atividade (tecno-científico, regulatório e contratante dos serviços), a qual se forma em torno de uma determinada concepção do serviço esperado. As inovações, nessa proposição, correspondem a ajustes nesta RTE ou no surgimento de novas RTEs em resposta a variações no produto do serviço esperado. Nesse contexto, os determinantes tecnológicos continuam tendo um peso relevante, mas, evidentemente, as alterações nas convenções de serviço respondem também a outras lógicas de ação, cuja diversidade corresponde à densidade e à extensão da referida rede.

Nossa tese se alicerça, assim, em dois pontos. Primeiro, consiste em apontar a análise em termos de rede tecno-econômica como uma possibilidade analítica de interpretação da inovação em serviços dentro de um marco coerente com uma perspectiva comum a bens e serviços, de matriz evolucionária, sem que para isso tenhamos que deixar de lado a pluralidade das atividades de serviços ou restringir as possibilidades de evolução das relações de serviço aos determinantes tecnológicos. Em outras palavras, a partir da articulação entre a concepção de serviços apresentada, a abordagem integradora da inovação em serviços e o conceito de rede tecno-econômica, podemos desenvolver um enfoque global da evolução dos serviços, sem que para isso sejamos obrigados a prescindir da variabilidade e da diversidade inerentes ao produto dos serviços. Segundo, no que diz respeito diretamente ao objeto de investigação deste trabalho – os serviços hospitalares – e tendo em conta uma análise em termos de rede tecno-econômica na perspectiva analítica que viemos de expor, podemos propor que esses serviços evoluíram a partir das diferentes lógicas de ação em jogo, na

direção de uma intensificação das relações de serviço no que diz respeito ao seu serviço final, a assistência médico-hospitalar, ainda que essa relação estivesse sendo simplificada nos serviços elementares ou de apoio. A evolução responderia, ainda, a um ritmo correspondente ao da convenção preponderante sobre o serviço esperado e esta, por sua vez, responderia a características específicas definidas a partir das operações de tradução que os atores desenvolvem, podendo, assim, variar segundo o tipo de hospital considerado, a rede de assistência na qual ele está inserido, as normas que as autoridades de tutela promulgam, todos esses aspectos concorrendo para a definição do produto do serviço hospitalar. Vistos em conjunto, os dois pontos que definem nossa tese permitiriam afirmar que a dinâmica da inovação em serviços hospitalares corresponde à evolução apresentada pela rede tecno-econômica que se articula para a (co)produção desses serviços.

Para investigarmos a problemática aqui apresentada e, por conseguinte, a tese aqui proposta, nosso objetivo geral é identificar a dinâmica da inovação em serviços hospitalares. Nesse sentido, procuramos desenvolver uma representação da produção dos serviços hospitalares em termos de RTE. A partir dela, procuramos identificar os determinantes, os atores, as formas e as lógicas de inovação verificadas nos hospitais pesquisados, procurando demonstrar a relação entre a evolução da RTE e a evolução da relação do serviço e, portanto, a evolução do produto do serviço hospitalar.

Método de pesquisa

Para atingir os objetos propostos, o método de pesquisa empregado foi o estudo de caso, desenvolvido junto a hospitais localizados no Brasil e na França. O estudo baseou-se na identificação de inovações nos hospitais, as quais foram posteriormente analisadas segundo o modelo conceitual proposto. Foram considerados na pesquisa 16 hospitais brasileiros, localizados no Distrito Federal e na cidade de Porto Alegre, os quais foram investigados entre os anos de 2002 e 2006. Do total de hospitais brasileiros pesquisados, 6 estão vinculados exclusivamente ao sistema único de saúde (SUS), sistema público com financiamento estatal, 6 atuam exclusivamente no sistema privado, denominado sistema suplementar, e 4 são hospitais privados que, por terem assinado uma convenção com o sistema público, atuam tanto no SUS como no sistema suplementar. Na França, foram pesquisados 12 hospitais, sendo 8 hospitais públicos e 4 hospitais privados. Todos os hospitais franceses foram investigados entre fevereiro e agosto de 2005 e situam-se na região Nord-Pas-de-Calais.

O estudo valeu-se de três tipos diferentes de entrevistas. Um primeiro tipo era realizado junto aos diretores dos hospitais e tinha como objetivo identificar inovações

introduzidas, bem como obter um primeiro relato sobre as motivações e as circunstâncias que levaram ao seu desenvolvimento. Um segundo roteiro de entrevista foi utilizado para a coleta de evidências junto aos responsáveis diretos pela introdução das inovações, em geral, chefes de unidade, gerentes ou diretores adjuntos dos diretores-gerais. A quantidade de entrevistas variou segundo a complexidade de cada caso de inovação e a disponibilidade de acesso aos funcionários dos hospitais. O terceiro tipo de entrevista foi voltado ao contato com o que denominamos “atores institucionais”. Nessa categoria, tivemos oportunidade de entrevistar representantes dos órgãos de tutela da atividade hospitalar (Ministério da Saúde, no caso brasileiro, Agências Regionais de Hospitalização, no caso francês) e de federações ou associações hospitalares nos dois países. As entrevistas tinham três objetivos fundamentais: compreender como essas instituições contribuíam com os processos de inovação nos serviços hospitalares, identificar novos casos de inovação de que elas tivessem conhecimento e discutir o papel de elementos gerais do sistema de saúde, num e noutro país, como estímulos ou barreiras à inovação. Além das entrevistas, foram utilizadas com fonte de informação para o estudo dos casos publicações dos próprios hospitais, publicações especializadas, estudos e informes das autoridades de tutela, estudos e informes das representações dos hospitais (federações e associações), no Brasil e na França, bem como artigos científicos e artigos de revistas e jornais que relatavam ou se referiam às inovações identificadas.

Organização da tese

Esta tese está organizada em duas partes, além de sua introdução e conclusão gerais. A primeira parte se ocupa da revisão da literatura referente aos conceitos adotados. A segunda se dedica à descrição e à análise do material empírico, voltando-se, portanto, ao caso dos serviços hospitalares.

A primeira parte, denominada “Em Direção a uma Perspectiva de Análise da Dinâmica da Inovação em Serviços”, é composta por três capítulos. Inicialmente, procuramos discutir a definição dos serviços, abordando bens e serviços de uma forma integrada, a partir da noção de relação de serviço, mas destacando as especificidades das atividades de serviços. Na seqüência, no capítulo 2, discutimos como a teoria da inovação procurou integrar os serviços e em que medida obteve sucesso nesse intento. Nossa discussão aponta os limites encontrados nas abordagens sistêmicas, o que nos leva, no terceiro capítulo, a discutir a aplicação do conceito de rede tecno-econômica como uma alternativa para a análise da dinâmica da inovação em serviços.

A segunda parte da tese, intitulada “A Dinâmica da Inovação nos Serviços Hospitalares: uma comparação Brasil-França”, possui, igualmente, três capítulos, todos eles dedicados ao nosso objeto de pesquisa, os serviços hospitalares, e a sua investigação empírica. No primeiro capítulo, apresentamos uma aplicação do esquema conceitual esboçado na parte inicial para análise da inovação em serviços hospitalares. Assim, ele apresenta inicialmente uma representação do serviço hospitalar que combina os conceitos de relação de serviço e RTE. Na seqüência, procuramos discutir as implicações dessa definição em termos de análise dos processos de inovação. Por fim, discutimos como a combinação dessas duas abordagens nos permite a interpretação, no seio das atividades de serviço, dos diferentes determinantes, atores, formas e finalidades de inovação, enfim, da dinâmica da inovação nos serviços hospitalares. O capítulo seguinte apresenta nosso método de pesquisa, já referido anteriormente. Aqui discutimos os motivos que nos levaram à opção metodológica adotada, bem como fazemos a apresentação dos procedimentos de coleta e análise das evidências. O capítulo pondera, ainda, os limites e as possibilidades da estratégia de comparação, além de apresentar as principais características dos sistemas de saúde no Brasil e na França, focalizando a forma de inserção dos serviços hospitalares em cada um desses sistemas. Os elementos considerados nos permitem identificar os principais atores dos serviços de saúde nesses dois países os quais, por sua vez, nos conduzem aos principais condicionantes da atividade hospitalar e da sua dinâmica, visando, com isso, levantar alguns elementos que possam auxiliar na interpretação dos casos de inovação identificados. No capítulo final, apresentamos e discutimos os casos de inovação identificados.

**PARTE I – EM DIREÇÃO A UMA PERSPECTIVA DE ANÁLISE DA
DINÂMICA DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS**

INTRODUÇÃO DA PRIMEIRA PARTE

Nesta primeira parte da tese, dedicamo-nos a discutir e articular três questões: o conceito de atividade de serviço, a relação desse conceito com a teoria da inovação e os limites dessa teoria para lidar com as especificidades dos serviços, sobretudo quando analisamos as abordagens em termos de sistemas de inovação. Nesse ponto, introduzimos o conceito de rede tecno-econômica, nos termos propostos por Michel Callon (1991), de forma a construir um marco teórico que, compatível com a teoria neo-schumpeteriana da inovação, seja também consistente com a variabilidade intrínseca ao produto do serviço. Para desenvolver essa revisão e o marco teórico dela resultante, organizamos a apresentação desta parte em três capítulos.

O capítulo 1 apresenta uma revisão da literatura sobre a definição dos serviços, partindo do pressuposto de que os serviços não devem ser definidos em oposição aos bens, mas de forma integrada a estes. Após uma breve revisão sobre alguns “mitos” atribuídos às atividades de serviço que, ao nosso ver, fazem parte do enfoque que reforça a idéia de oposição entre bens e serviços, concentramo-nos em duas visões que, embora diferenciadas, adotam o caminho da integração bens-serviços. A primeira propõe a análise integrada de bens e serviços sob a égide de uma nova teoria do valor, baseada no valor-serviço, o qual seria o parâmetro de todas as atividades produtivas. Nessa perspectiva, podemos encontrar alguns elementos das proposições de Bressand e Nicolaïdis (1988) e, sobretudo, de Phillippe Zarifian (2001a; 2001b; 2002a; 2002b), as quais, embora desenvolvidas independentemente, reúnem argumentos que nos parecem perfeitamente articuláveis. Em seguida, apresentamos a segunda visão, assentada sobre o conceito de relação de serviço, o qual associa bens e serviços a partir de similitudes no processo produtivo e nas formas de coordenação, resultantes da participação do cliente/usuário. Nessa perspectiva, as atividades econômicas podem ser analisadas de forma transversal, como um *continuum*, em que podem ser diferenciadas com base na maior ou menor intensidade da relação de serviço que, por sua vez, pode estar presente em qualquer setor produtivo. Uma vez afirmada a noção de relação de serviço, passamos a examinar as especificidades desta no contexto das atividades de serviços. Apresentamos, então, a definição sociotécnica dos serviços proposta por Jean Gadrey (2000), a qual se articula em torno das lógicas de serviço. Finalmente, o capítulo discute as diferentes concepções justificáveis do produto do serviço, passando pela noção de produto direto e produto indireto, discutindo a representação do produto do serviço em termos de características (GALLOUJ, 2002a), para

concluir, nos termos de Gadrey (2001), que a definição de um produto do serviço passa, de forma incontornável, por um acordo entre os atores envolvidos na relação de serviço, a qual deriva das convenções de serviço vigentes.

O capítulo 2 parte da constatação da evolução da pesquisa sobre inovação em serviços para discutir as possibilidades de uma abordagem que contemple as especificidades dessas inovações no bojo de uma teoria da inovação aplicável a bens e serviços. O capítulo apresenta as abordagens tecnicista, baseada em serviços e integradora, tal qual classificadas por Gallouj (1994), e, partindo da constatação de que elas, sobretudo a última, são compatíveis com a teoria neo-schumpeteriana no que diz respeito ao conceito de inovação adotado e à noção de trajetórias de inovação, passa a estabelecer a discussão sobre a extensão dessa compatibilidade às abordagens sistêmicas da inovação, analisando criticamente as tentativas de relacionar sistemas de inovação e serviços. Após uma breve revisão dos trabalhos desenvolvidos nessa perspectiva, o capítulo concentra-se na análise crítica do conceito de sistema setorial de inovação (MALERBA, 2002; 2004) e de sua aplicação aos serviços (TETHER; METCALFE, 2004), apontando as dificuldades das abordagens sistêmicas, da setorial especificamente, em lidar com a noção de produto de serviço, graças a sua potencial variabilidade, a qual deriva do contexto de cada relação de serviço examinada e, assim, das diferentes concepções em jogo sobre o produto do serviço.

O capítulo 3 encerra a revisão teórica discutindo a noção de rede tecno-econômica como alternativa à perspectiva sistêmica no intuito de incorporar, dentro de um marco teórico compatível com a teoria neo-schumpeteriana da inovação, todos os atores direta e indiretamente envolvidos na relação de serviço e, portanto, na definição convencional do produto do serviço. Numa primeira seção, apresentamos uma delimitação da acepção do termo “rede”. Em seguida, apresentamos o conceito de rede tecno-econômica (RTE) e os elementos para análise da constituição e da evolução das RTEs, ressaltando suas contribuições à análise dos processos de inovação. Para sua aplicação ao caso dos serviços, retomamos a definição de relação de serviço, de lógicas de serviços (GADREY, 2000) e a abordagem funcional dos serviços, proposta por Gallouj (1999; 2002a), buscando articulá-las com os elementos da RTE. Ao final, discutimos como esse enfoque nos permite avançar na perspectiva de uma abordagem integradora da inovação em serviços.

Ao final da revisão, esperamos contar com um marco teórico capaz de compatibilizar os serviços e a teoria da inovação, sem que para isso tenhamos que reduzir as especificidades dos serviços ou abrir mão das principais contribuições da perspectiva neo-schumpeteriana. Com base nos conceitos e nas abordagens apresentados, esperamos dar conta da problemática

da inovação em serviços, seja no que diz respeito aos processos de inovação que decorrem imediatamente da prestação direta do serviço, seja naqueles que se originam do conjunto de associações que se produzem graças ao carácter relacional dos serviços e que moldam o contexto da relação de serviço e, portanto, influem na definição das trajetórias de evolução dos serviços.

1 OS SERVIÇOS EM QUESTÃO

O que caracteriza a prestação de serviços e em que medida ela se diferencia de outras atividades econômicas, sobretudo da produção industrial? As respostas a essas questões permitem identificar diferentes concepções sobre as características e os resultados das atividades de serviços. Embora essas abordagens se desenvolvam em níveis de análise diversos e busquem responder a questões de pesquisa distintas, podemos, num esforço de simplificação, reuni-las em dois grandes grupos: de um lado, aquelas que partilham um pressuposto de oposição segundo o qual bens e serviços são substituíveis entre si e, assim, concorrentes na função de satisfazer às necessidades dos seus consumidores; de outro, as que procuram analisar bens e serviços sob uma perspectiva integrada, tomando como referência sua complementaridade.

No primeiro grupo, que pode ser assim denominado também por sua antecedência cronológica, podemos reunir as classificações macroeconômicas dos setores de atividade – primário, secundário e terciário – e seu método de mensuração das atividades de serviços (KON, 1999; 2004), o enfoque da sociedade pós-industrial de Daniel Bell (1973) e a tese neo-industrial de uma economia do self-service, proposta por Gershuny (1978). No segundo grupo, reunimos abordagens igualmente heterogêneas. Desde perspectivas que sustentam a análise integrada de todas as atividades econômicas sob uma nova lógica de valor, baseada na noção de serviço, até abordagens que, a par da visão integrada, se valem justamente desta para ressaltar as singularidades dos processos produtivos em bens e serviços, articulando esse enfoque em torno do conceito de relações de serviço.

Compreender bens e serviços como concorrentes, tal como no primeiro grupo, implicaria partilhar uma determinada concepção do produto dos serviços que possa estabelecer equivalências entre estes e os bens. Isso posto, as necessidades de um consumidor qualquer poderiam ser supridas indistintamente, seja por um bem, seja por um serviço. A opção por um ou outro seria resultado de uma análise do tipo custo-benefício, um *trade-off* a ser solucionado de acordo com as preferências do consumidor. Podemos afirmar que esta premissa da equivalência, que fundamenta o argumento da oposição, ou substitutibilidade entre bens e serviços, possui uma discutível base factual; outrossim, ela seria oriunda de um conjunto de representações sobre as atividades de serviços, as quais, segundo Faïz Gallouj

(2002a), se difundiram como verdadeiros “mitos”. A análise desses “mitos” permite evidenciar os limites da premissa.

Mito 1: Os serviços são atividades residuais

A idéia dos serviços como um setor residual está presente no fundamento das principais classificações das atividades econômicas e decorre, basicamente, da forma como essas atividades são mensuradas. As dificuldades em quantificar o produto dos serviços fazem com que sua participação na composição da riqueza nacional, cujo principal indicador é o valor do Produto Interno Bruto (PIB), seja estimada, para a maior parte dos ramos de serviços, por intermédio de uma “conta de chegada”. Ou seja, após terem sido identificados os volumes de produção oriundos do setor primário (agricultura, pecuária e extrativismo) e do setor secundário (a indústria), atribui-se o valor restante da riqueza gerada às atividades de serviços. A expressão setor “terciário”, consagrada aos serviços, resulta justamente dessa compreensão, que, por sua vez, reflete também uma precedência em termos dos objetos de estudo priorizados pela análise econômica (KON, 1999). Nesse sentido, constata Gallouj, “para uma teoria econômica que tem suas raízes na agricultura e manufatura, serviços poderiam ser definidos somente como ‘aquilo que não é agricultura ou manufatura’” (GALLOUJ, 1998a, p.2, tradução nossa).

Os fatos, entretanto, não permitem a sustentação desse entendimento. Vários autores têm chamado a atenção para isso. Lundvall (2001), por exemplo, aponta a necessidade de um novo olhar sobre o setor de serviços, com sua inclusão no centro das discussões sobre o futuro de uma “economia do aprendizado”. Chesnais (1996), por sua vez, ao analisar a “mundialização” do capital, aponta a insuficiência dessa abordagem residual dos serviços quando analisamos o seu processo de internacionalização. Nesses casos, segundo o autor, os serviços estão no cerne do processo que seria característico da atual fase de desenvolvimento da economia capitalista. Em suas palavras,

A corrente teórica dominante em economia... delimitou o campo dos serviços pelo mais pobre dos métodos: de forma residual. As atividades de serviços, quaisquer que sejam suas características ou o lugar que ocupam em relação à produção ou ao consumo doméstico, são agrupadas numa categoria ‘tampão’. Todas elas são classificadas como pertencentes ao setor ‘terciário’, cujas fronteiras são simplesmente definidas por exclusão... Ao tratar-se da internacionalização dos serviços, constata-se a extrema insuficiência deste enfoque... A contraposição entre o setor industrial e os serviços está sendo, então, fortemente abalada, tanto pelos serviços ‘invadindo’ o setor manufatureiro, como pela indústria, cujas companhias, por sua vez, estão se diversificando no sentido dos serviços. (CHESNAIS, 1996, p.187-188).

Mesmo tendo em conta as dificuldades de medida, a análise da participação relativa dos serviços na composição da riqueza nacional é outro elemento que corrobora sua centralidade. Há duas décadas, Quinn (1987) já chamava a atenção para uma participação do setor de serviços no valor agregado no mínimo tão importante quanto a participação da manufatura e, ainda, para um caráter menos cíclico dos serviços em termos da geração de empregos. Do momento dessa observação até hoje, essa participação tem se tornado ainda mais relevante, com os serviços respondendo, em média, por dois terços do Produto Interno Bruto (PIB) dos principais países desenvolvidos (KON, 2004).

Mito 2: Os serviços são atividades de baixa produtividade e de baixa intensidade de capital

Conforme aponta Gallouj (1998a), a associação do setor de serviços à idéia de um setor de baixa produtividade e baixa intensidade de capital está relacionada com a suposta ocorrência do fenômeno conhecido como “Paradoxo de Solow”. Essa noção procura descrever a ocorrência de processo de acelerado progresso técnico acompanhado por uma estagnação na taxa de crescimento da produtividade. Vários autores, referindo-se ao caráter imaterial da maior parte dos serviços disponíveis na economia, expuseram as dificuldades de mensuração da produtividade no setor de serviços, atribuindo a isso o fomento desse mito. Nem mesmo o advento da tecnologia da informação (TI), com a reunião de elementos da informática e das telecomunicações, e a transformação do setor de serviços no seu principal usuário foram capazes de arrefecer essa discussão.

Quinn (1987), conforme já mencionado, alerta para que o setor de serviços não seja encarado como um todo homogêneo; deve ser entendido, assim com a indústria o é, como um conjunto de vários ramos, de subsetores, com suas peculiaridades. Nesse conjunto heterogêneo, encontramos atividades de serviços que são notadamente intensivas em tecnologia. Para exemplificar, ele cita as comunicações, os serviços de informação, a assistência médica, as companhias aéreas e os serviços de utilidade pública. Mas chama a atenção, com perspicácia, para o fato de que também setores que, *a priori*, poderíamos identificar como tradicionais – como bancário, educacional, de serviços financeiros, entretenimento, aluguel de carros, entrega de mensagens e comércio varejista – tornaram-se grandes usuários de tecnologia, notadamente da tecnologia da informação, e, dependendo de qual enfoque teórico se está partilhando, inovadores.

A questão da produtividade dos serviços, por sua vez, é paradigmática. De fato, quando analisados com os conceitos industrialistas ou tecnologistas, os serviços tendem a apresentar os efeitos previstos pelo “Paradoxo de Solow”. Eles dizem respeito a considerações

de fluxo. Isto é, quantos bens (outputs) são gerados em determinado período de tempo. Em serviços, os “outputs” precisam ser adequadamente definidos (GADREY, 2001). Pensemos no serviço de educação, por exemplo. A produtividade de um professor deve ser medida pela quantidade de alunos para os quais ele consegue ministrar um determinado conteúdo em uma hora ou pelos efeitos de sua capacidade didático-pedagógica e sua identificação das necessidades individuais de cada aluno têm, por exemplo, na inserção destes alunos no mercado de trabalho. Em suma, o problema da avaliação da produtividade dos serviços é, antes de tudo, da ambigüidade da representação de um serviço, em outras palavras, um problema da definição do que é o produto de um serviço².

Mito 3: Os serviços são atividades que ocupam trabalhadores de baixa qualificação

A questão da mensuração da produtividade dos serviços, considerada baixa ou mesmo declinante quando observados os critérios tradicionais – ou industrialistas – da produção de bens, está associada também com o mito de que o mercado de trabalho no setor de serviços seria predominantemente composto por trabalhadores de pouca qualificação, constituindo-se majoritariamente de subempregos, destinados a absorver o excesso de mão-de-obra proveniente da indústria e da agricultura.

Ao discutir esse tema, embora reconhecendo que o setor de serviços obviamente abriga empregos de baixa qualificação, da mesma forma, aliás, que os demais setores de atividade, Gallouj pondera que “... é igualmente verdade que eles agora são os principais empregadores de administradores, engenheiros e outros profissionais (os quais formam o núcleo das contratações em serviços de ‘alto nível’)” (GALLOUJ, 1998a, p.3, tradução nossa). Logo, diferentemente do que propala o mito, o mercado de trabalho em serviços reflete as diferentes exigências e performances existentes no setor, muitas vezes dentro de uma única organização de serviços, dependendo das características da divisão do trabalho. Pensemos, por exemplo, em uma empresa responsável pelo serviço de distribuição de energia elétrica. Em seus quadros serão encontrados desde engenheiros altamente especializados, responsáveis, muitas vezes, pela segurança do sistema de distribuição, até os funcionários de manutenção que fazem o conserto de cabos danificados em qualquer rua ou avenida. Não podemos, portanto, conferir um julgamento genérico da qualificação do trabalho no setor de serviços, sob pena de desenvolvermos uma análise reducionista.

² Como veremos ao longo deste estudo, a pluralidade de formas de representação do produto do serviço, ou convenções de serviço, está na origem das principais controvérsias sobre a inovação em serviços.

Esses mitos configuram um quadro amplamente desfavorável na comparação entre bens e serviços. Seria lógico, portanto, aceitar os argumentos pessimistas sobre o progresso das atividades econômicas que ecoam no seio desse primeiro grupo de trabalhos mencionados. Se bens e serviços são substitutos e os serviços apresentam as características acima mencionadas – atividades residuais, de baixa produtividade e baixa intensidade de capital, que empregam mão-de-obra de pouca qualificação –, os dados que apontam sua preponderância nas principais economias, e podemos adicionar também os dados sobre criação de novas empresas, seriam extremamente alarmantes.

Partindo por uma nova via, na qual essas representações, embora aplicáveis a alguns serviços, estejam longe de caracterizar o setor como um todo, e tendo em conta os elementos da dinâmica das atividades de serviço e de sua crescente importância relativa na composição da riqueza e do emprego, permitimo-nos afirmar, seguindo Barcet e Bonamy (1999), que esta oposição entre bens e serviços reduz nossa capacidade de compreensão sobre os fatos econômicos, sobretudo os que refletem sua complementaridade³, e dos principais desafios organizacionais decorrentes. Como afirma Kon,

Dada a crescente relevância da função dos serviços na cadeia de relações interindustriais, hoje em dia a análise do papel das atividades de serviços no processo de desenvolvimento das economias deve incorporar não apenas novas formas de conceituação e mensuração do seu valor, mas também a avaliação dos impactos da atuação dos serviços sobre a geração de valor das atividades de outros setores econômicos e sobre a acumulação de riquezas pela economia. (KON, 2004, p.37).

Logo, é preciso ir além dos mitos se pretendemos desenvolver uma compreensão realista sobre a dinâmica do processo produtivo no setor de serviços. Este capítulo terá como fio condutor o objetivo de apresentar uma perspectiva integrada da atividade econômica, procurando superar a dualidade bens/serviços, para então nos debruçarmos sobre as especificidades do processo produtivo, e do produto, nas atividades de serviços. Para tanto, partimos da análise crítica das proposições que, articuladas em torno de uma nova concepção do valor, o valor-serviço, embora visem integrar bens e serviços, o fazem sob um véu de “indiferenciação”, que, como tal, pode nos impedir de vislumbrar os aspectos característicos do setor de serviços. A partir daí, ocupamo-nos em desenvolver o conceito de relação de

³ Gadrey (1987) aponta que a complementaridade entre bens e serviços pode ser analisada em duas dimensões diferentes: em relação à *direção*, ou sentido, da complementaridade (serviços sendo consumidos como complemento a um bem ou, no sentido inverso, bens consumidos como complemento a um serviço) e em relação ao momento dessa complementaridade. Quanto ao tempo, o uso simultâneo de bens e serviços caracteriza uma

serviço e as abordagens dele decorrentes, que, em função da transversalidade do conceito, permitem lidar com o que há de comum e com o que há de singular na produção econômica de bens e serviços. Por fim, já ancorados no conceito de relação de serviço, procuramos apresentar as principais características do processo produtivo em serviços, destacando a diversidade dessas atividades, o que é fundamental para compreendermos as peculiaridades do processo de inovação em serviços e suas implicações para uma análise que transcenda o nível da firma. Entendemos, assim, estarmos estabelecendo as bases conceituais sobre a quais poderemos, nos próximos capítulos, desenvolver uma determinada compreensão sobre o funcionamento das atividades de serviços e sobre a dinâmica dos processos de inovação em serviços.

1.1 Uma abordagem integrada da produção de bens e serviços

Dentre as perspectivas que adotam uma abordagem integrada das atividades produtivas, englobando bens e serviços, destacamos aqui dois enfoques. O primeiro tem como característica analisar as atividades produtivas como comuns em relação ao seu objetivo, qual seja, a criação de valor. Afastar-nos-emos dela à medida que uma nova concepção de valor é proposta, o valor-serviço, como critério único de avaliação desse objetivo. Em seguida, apresentamos o segundo enfoque, o qual associa bens e serviços a partir das similitudes no processo produtivo e nas formas de coordenação, com base no enfoque das relações de serviço, caracterizado como a incorporação do cliente/usuário ao processo produtivo e que pode assumir diferentes graus de envolvimento, ou intensidade, nas atividades produtivas, independentemente de sua classificação *a priori* no setor de serviços ou na indústria. A intensidade da relação de serviço, nessa visão, passa a ser o critério comum para uma classificação das atividades produtivas.

1.1.1 O serviço como parâmetro de valor das atividades produtivas

Sob essa abordagem, encontramos a tese de que o serviço (no singular) pode ser compreendido como uma lógica de avaliação do valor que caracteriza o atual estágio de desenvolvimento das economias capitalistas, tal como teriam sido, no passado, o valor-

complementaridade *imediata*, ao passo que o uso diferido, com a compra de um bem gerando demanda posterior por serviços ou a compra de um serviço gerando demandar por bens, caracteriza a complementaridade *mediata*.

trabalho e o valor-utilidade. Essa lógica, portanto, perpassaria todas as atividades econômicas, da agricultura aos serviços (no plural), passando pela indústria. Dessa proposição resulta uma conclusão subsequente: não há por que nos atermos ao estudo de um setor determinado, o foco deve estar em como o conceito de serviço perpassa e orienta a atividade econômica em quaisquer dos setores. O conceito de serviço como parâmetro de valor orientaria, dessa forma, uma nova dinâmica de organização da atividade produtiva, caracterizada pela consideração, e incorporação, do cliente/usuário de bens ou serviços na constituição da oferta, ou seja, na definição do valor que será produzido. A expressão desse valor, se material ou imaterial, não interfere na dinâmica “invasiva” da lógica de serviço em todas as esferas produtivas. Sob o conceito de serviço, portanto, como uma referência de valor para as atividades produtivas, podemos analisar de forma integrada todas as atividades econômicas e suas respectivas formas de organização. Nessa perspectiva, podemos encontrar alguns elementos das proposições de Bressand e Nicolaïdis (1988) e, sobretudo, as contribuições de Phillippe Zarifian (2001a; 2001b; 2002a; 2002b). Embora desenvolvidos independentemente, os argumentos desses autores nos parecem perfeitamente articuláveis.

Bressand e Nicolaïdis denominam *economia relacional* o fenômeno que coloca a lógica de serviço em primeiro plano no sistema produtivo. Não se trata de discutir os serviços como setor específico, mas a dinâmica do sistema como um todo, que coloca os serviços em “lugar de honra”. Os conceitos de produto, de transação mercantil e de empresa precisariam ser revistos. Assim, afirmam, “a concepção tradicional de produto lhe concebia como o resultado, estável e previsível, de um processo de produção desenvolvido dentro das fronteiras claramente estabelecidas de uma empresa” (BRESSAND; NICOLAÏDIS, 1988, p.141, tradução nossa). A introdução da lógica de serviço, com o foco no caráter relacional, torna a transação muito mais complexa. A relação de troca não pode mais definir todas as interações demandadas para que as necessidades dos clientes sejam incorporadas na concepção dos bens ou dos serviços produzidos.

A integração dos clientes, por sua vez, elimina boa parte das fronteiras que isolam as organizações e exigem que elas sejam repensadas. Mas é sobretudo em relação ao conceito de produto que a análise integrada de bens e serviços é mais perturbadora. Não há, necessariamente, momentos distintos entre produção e troca. Além disso, dependendo dos atores envolvidos na relação de troca, esta pode alterar mesmo o conteúdo do produto. As empresas, em lugar de produtos, ofertariam bens complexos, ou “compacks”, pacotes de valor entregues ao cliente, os quais poderiam ser compostos por bens, serviços ou, mais freqüentemente, uma combinação entre ambos, destinados a prestar um serviço aos clientes.

Os autores afirmam, em referência a Zarifian, justamente o fato de que o foco no valor é mais relevante do que nas especificidades setoriais. Em suas palavras,

Para além da reflexão sobre os serviços, é a dinâmica do conjunto do sistema econômico que é o objeto desta análise. A colocação dos serviços em posição de honra enquanto categoria econômica central é, na verdade, uma consequência da resposta conceitual à observação das mutações econômicas em curso. Assim, é aceito hoje que a noção de ‘serviço prestado’ pode caracterizar tão bem o setor industrial como o terciário, e que nós podemos considerar acessório o fato de saber se esta troca de serviço é mediada ou não pela troca de um bem. (BRESSAND; NICOLAÏDIS, 1988, p.141, tradução nossa).

Esses “compacts” seriam especificados em conjunto com os clientes, num processo mais ou menos interativo, de acordo com as necessidades a serem supridas. Seria justamente a relação, definidora do pacote de valor, que estaria no centro do processo de valorização. Bressand e Nicolaïdis sintetizam esse enfoque como uma perspectiva única para análise do sistema produtivo: a economia relacional.

Sendo a relação do produtor com seu cliente/usuário o ponto nevrálgico de identificação das necessidades deste último, a criação de valor está associada mais com o êxito da relação do que com o processo produtivo em si. Este envolveria questões técnicas mais ou menos complexas, resultando num “compact” previamente acordado. A capacidade de adaptação às necessidades do cliente passa a ser o fundamento da criação de valor e, portanto, a principal preocupação das organizações. A relação de serviço, estabelecida entre usuário e produtor, torna-se o centro da análise e perpassa as fronteiras setoriais. A hipótese de que o valor se origina desta relação – a construção relacional do valor – constitui, então, um fio condutor para análise tanto da indústria como da prestação de serviços.

Do ponto de vista organizacional, avançam os autores, a forma ideal para organização da produção dos compacts seria a *organização em rede*. Ao incorporar, de um lado, o cliente/usuário na definição do pacote de valor e prolongar esse relacionamento para além do momento da troca e, de outro, ao ampliar o leque de relações intersetoriais, o processo produtivo sofre profundas alterações. Como afirmam os autores “... é cada vez mais difícil determinar se o que é comprado é um produto ou uma competência e em que momento e por quem se produz o ato de integração dos fatores de produção.” (BRESSAND; NICOLAÏDIS, 1988, p.153, tradução nossa). O processo produtivo, portanto, poderia ser assemelhado a um processo de gestão de relações, o qual a noção de rede representaria com a flexibilidade ausente na noção habitual de empresa, inserida na dicotomia mercado-hierarquia, sustentada pela economia institucional (WILLIAMSON, 1985).

Podemos encontrar um ponto de vista correlato nas contribuições recentes de Zarifian (2001a; 2001b; 2002a; 2002b). Sua análise se desenvolve em dois níveis, os quais ele procura articular: de um ponto de vista geral, o processo de criação de valor no sistema produtivo estaria associado a uma lógica de serviço; do ponto de vista organizacional, o modelo de “produção industrial de serviço”, articulando os diferentes universos distintos em uma organização, seria a resposta natural a esse novo processo de geração de valor.

Zarifian considera a produção de serviço como o processo de transformação das condições de existência de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos. O serviço deve, assim, alterar as condições de uso ou as condições de vida de um indivíduo, destinatário do serviço. A indústria, postula o autor, também atua nesta transformação de condição. Porém, de forma indireta, por intermédio dos bens que proporcionam os serviços. A produção industrial de serviço será compreendida como “uma produção que incorpora, nas suas tecnologias, na sua organização social, nos seus objetivos de eficiência, princípios semelhantes aos que são desenvolvidos na grande indústria e que os aplica, modificando-os, na produção de serviço.” (Zarifian, 2001a, p.69). Em outras palavras, seja por intermédio de bens, seja por intermédio de serviços, essa produção visa a um serviço, concebido como a modificação positiva nas condições da atividade de um usuário, onde o caráter positivo – um juízo de valor – seria atribuído a partir do julgamento do próprio usuário. O valor-serviço estaria relacionado, assim, com os efeitos da atividade produtiva. Portanto, haveria produção de serviço quando seus efeitos gerassem transformações positivas na atividade do usuário.

Esta convergência da produção de bens e da produção de serviços, visando à produção de efeitos positivos, não seria totalmente pacífica. No seio das organizações, a produção industrial de serviço conviveria com a contradição entre duas lógicas: a lógica de serviço e a lógica industrial. A lógica de serviço implicaria uma ampliação do processo produtivo, uma vez que os resultados deste não se encerram com a venda do serviço, ou seja, no ato de troca. A venda é o ponto de partida, sustenta Zarifian, de uma relação mais duradoura, a relação de serviço⁴, que guia as avaliações sobre o “produto” entregue ao cliente. A lógica industrial, por sua vez, implicaria o uso de métodos e técnicas de avaliação típicos da indústria, ainda que esses métodos e técnicas tenham evoluído muito em relação ao modo de organização fordista. Algumas empresas estariam associando a lógica de serviço à lógica industrial principalmente como um diferencial estratégico. Zarifian ilustra analisando a publicidade do

grupo Danone que, segundo o autor, procura mostrar a relação de seus produtos com a melhoria da saúde dos consumidores. Ou seja, com os efeitos positivos de uma mudança de condição provada, ainda que não exclusivamente, pelo produto ofertado. A estratégia baseada na lógica do serviço se apresenta, nesse caso, como um diferencial da lógica industrialista e não como um reflexo da hegemonia do valor-serviço.

Para compreensão das dificuldades e, ao mesmo tempo, da necessidade dessa convergência, Zarifian propõe que a produção industrial pode ser observada, em uma organização, segundo três universos: o universo da concepção, o universo da produção e o universo relacional, em que se dá o contato com o cliente ou usuário. Este último universo seria, portanto, o *locus* típico de atuação da lógica de serviço. Isso não permitiria, entretanto, que a organização preconizasse uma adaptação de sua lógica industrial apenas nesse universo do serviço. Não é possível, sustenta Zarifian, implementar parcialmente a lógica de serviço, sob pena de afetar a coerência do conjunto. Assim, discrepâncias entre o que uma empresa promete em seu universo relacional e o que ela de fato consegue atender no seu universo produtivo estão no centro de muitos insucessos. No caso da Danone, os investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) – o universo da concepção – para a produção de alimentos enriquecidos com propriedades que tenham efeitos benéficos na saúde – o universo da produção – estão articulados com sua estratégia comercial – universo relacional –, em que o impacto na saúde é o elemento central da expressão do valor aos olhos do consumidor. Tal convergência é bastante trabalhosa e bem mais limitada em sua implementação do que se poderia imaginar, pois pode esbarrar nas diferentes lógicas de ação em curso numa situação de serviço. Bastaria um descompasso, no caso mencionado, para que a estratégia fosse comprometida.

A solução desse problema de integração passaria, portanto, pela adoção do conceito de serviço como um parâmetro para a ação em todos os universos organizacionais. Voltamos à noção do serviço como valor. Solução complexa e muitas vezes difícil de atingir, como reconhece Zarifian. O autor ilustra as tensões entre estas lógicas, industrial e de serviço, analisando exemplos relacionados à questão da qualidade. A qualidade de um bem pode ser verificada *ex ante*, se considerarmos como referência o momento da sua comercialização, por intermédio de análises de conformidade em relação a critérios técnicos definidos. Nos serviços, a qualidade será avaliada pelo cliente de acordo com o serviço prestado, durante o

⁴ Importante notar a diferença entre a concepção da relação de serviço em Zarifian, que indica o prolongamento da relação após o momento da troca, e o conceito de relação de serviço desenvolvido por Gadrey (1994a; 2002),

próprio desenrolar do processo produtivo. O autor afirma que, “no âmbito de uma lógica de serviço, a qualidade é definida em função da maneira como o produto melhora qualitativamente as condições de produção ou de vida de um cliente” (ZARIFIAN, 2002b, p.78, tradução nossa). Ou seja, tanto no caso de um bem como no de um serviço, e podemos aqui recorrer à noção de *compact* para expressar também as combinações possíveis entre uns e outros, a qualidade será avaliada segundo os efeitos nas condições de uso do cliente. Há, portanto, uma série de elementos a se considerarem numa avaliação de qualidade a partir de uma lógica de serviço que não se podem limitar a uma análise de conformidade com o produto prescrito. A avaliação da qualidade seria, portanto, um dos pontos centrais das possibilidades de convergência.

O caso dos serviços de atendimento telefônico é bastante eloqüente. Quando a lógica de serviço aponta a necessidade de modificar a condição do usuário, oferecendo-lhe uma informação que ele não tem e que possa modificar sua condição atual, orientando-o na solução de um problema, a lógica industrial aponta a necessidade de que os contatos telefônicos sejam rápidos, para que a quantidade de atendimentos possa ser otimizada. Trata-se da separação entre o cliente e a empresa, que como advogam Bressand e Nicolaïdis (1988), já não teria mais guarida na atual dinâmica competitiva. O autor ilustrou tal tensão baseado no caso da France Telecom, mas podemos identificar situações similares no dia-a-dia dos inúmeros serviços de atendimento ao consumidor que hoje proliferam.

Na mesma perspectiva, a mensuração da produtividade também coloca em destaque essas contradições. A lógica industrial aponta que a produtividade deve ser mensurada pelo quociente entre a quantidade de produto obtido e a quantidade de trabalho empregado em um período de tempo determinado. Essa lógica levou a France Telecom, segundo Zarifian, a estipular um tempo médio por atendimento, considerado como um indicador desejável de produtividade a ser alcançado por seus colaboradores. Do ponto de vista da lógica de serviço, um atendimento dentro do tempo estipulado que não produza os efeitos desejados não poderia ser considerado produtivo; em outros termos, não teria valor.

Ressalvados os pontos de tensão, o raciocínio de Zarifian aponta para a convergência entre a produção de bens e a produção de serviços em torno do conceito de produção industrial de serviço. Esse tipo de produção poderia enfrentar dificuldades de gestão, mas o uso de concepções transversais, tais como a organização em rede, com o conceito de serviço como referência fundamental do valor, tenderiam a harmonizar o processo produtivo. A

que envolve todo o processo de prestação do serviço, o qual desenvolveremos a seguir.

aposta na organização de redes entre os três universos organizacionais é sua indicação prioritária para que as contradições se esvaíam. Podemos concluir que, para Zarifian, as tensões identificadas seriam temporárias e sua coexistência seria superada pela hegemonia do novo modelo de produção.

Vimos, portanto, que, tanto na *economia relacional* como no modelo de produção industrial de serviço, a definição do valor e, em decorrência, a dinâmica do sistema produtivo, estariam integradas pelo conceito de serviço, seja pelo seu papel na definição do pacote de valor, seja pelo seu uso como critério da avaliação dos resultados da atividade produtiva. Além disso, as duas perspectivas apontam a organização em rede como o modelo de organização mais adequado aos desafios que o serviço, como parâmetro de valor, impõe, sobretudo ao perpassar as fronteiras organizacionais e incorporar o cliente.

Para Bressand e Nicolaïdis (1988), essa integração se manifesta ao abordarmos bens e serviços como elementos a serem combinados em pacotes de valor entregues aos clientes, os *compacts*. Os serviços estariam no centro das atenções, para esses autores, por sua natureza relacional. Isso, no entanto, não os coloca como prioritários na elaboração dos *compacts*. Esta dependerá da forma mais apropriada de atingir o valor definido na relação com os clientes/usuários. Zarifian vai mais longe. Para ele, toda atividade produtiva visa à prestação de um serviço. Porém, somente se há uma transformação nas condições de uso do destinatário do serviço pode-se considerar o serviço prestado, em outras palavras, o valor-serviço atingido. Assim como no caso da produção dos *compacts*, para Zarifian a consideração das condições de uso do cliente são a base da lógica de serviço e constituem o elemento central dos julgamentos sobre o valor das atividades produtivas.

Essas proposições representam, por certo, um grande avanço. Ainda que por caminhos diferentes, os enfoques da economia relacional e do valor-serviço, complementares do nosso ponto de vista, posicionam o serviço, e os serviços, como um elemento central de análise. Essas abordagens avançam, em relação às abordagens que priorizam a dicotomia entre bens e serviços, na compreensão da dinâmica econômica atual. Entretanto, não as isentas de determinados limites que merecem ser considerados.

Uma análise dos exemplos referidos por Zarifian nos permite identificar o uso recorrente de serviços cuja organização produtiva se encontra bastante próxima da produção industrial. Serviços bancários, telefonia, telemarketing, enfim, são todos serviços nos quais o componente relacional está associado a uma importante base tecnológica e em que muitas operações tipicamente industriais precisam ser desenvolvidas. Outras formas de organização do processo produtivo poderiam ser levadas em conta se viéssemos a analisar serviços nos

quais a interação com o cliente é muito mais importante na definição do “produto”, como nos serviços de consultoria, por exemplo. Nesses casos, poderíamos ainda falar em produção industrial de serviço? Parece-nos que não. O autor restringiu sua análise a um único modelo de produção, que emerge da tensão entre lógica industrial e lógica de serviço e que teria como vocação estabelecer a hegemonia desta última. À medida que nos afastamos destas atividades que estão numa zona de intersecção entre atividade industrial e atividades de serviço, outros modelos de organização da atividade produtiva poderiam ser contemplados.

Encontramos dificuldades, também, no que diz respeito à avaliação da produtividade sob o conceito de serviço. A tensão entre as lógicas industrial e de serviço parece remeter à coexistência de diferentes concepções do valor em jogo no processo produtivo e na percepção do cliente. Há, portanto, indícios de que, mais do que encerrar todas as atividades produtivas sob uma mesma concepção de valor, os próprios exemplos trazidos por Zarifian apontam para divergências até aqui incontornáveis entre diferentes percepções do valor. A proposição da produção industrial de serviço, em que a articulação em “rede” dos três universos organizacionais poderia eliminar as contradições, apresenta-se muito mais como um modelo normativo – ou um modelo desejado – do que como uma síntese dos movimentos verificados. Do mesmo modo que soa como normativa a idéia de transformações “positivas” nas condições de uso do cliente/usuário do serviço. Essa questão, aliás, foi claramente identificada por Gadrey (2002) ao debater com Zarifian a proposição do serviço como noção de valor⁵.

A noção de *compact*, embora tenhamos demonstrado sua articulação com uma perspectiva do serviço como parâmetro de valor, resultando daí um tratamento superficial das diferenças entre os setores produtivos, parece um conceito útil para designar as inúmeras possibilidades de complementaridade entre bens e serviços. Na medida em que possa ser dissociado da vinculação original a uma determinada forma de organização, esse conceito parece capaz de sintetizar um tipo de relação entre bens e serviços que pode ser verificada em diferentes organizações e em diferentes modos de organização da atividade produtiva. Em termos gerais, a noção de economia relacional parece mais compatível com outros enfoques

⁵ O debate entre Gadrey e Zarifian gira em torno de uma questão central, a qual perpassa nossa exposição. Zarifian sustenta uma análise baseada no serviço como um novo modelo de funcionamento das atividades econômicas, articulado em torno da noção de valor-serviço. Gadrey, por outro lado, enfatiza a necessidade de que uma abordagem integrada da produção de bens e serviços não suprima as diferenças entre elas. Para tanto, o conceito de relações de serviço lhe parece mais adequado. Para uma visão completa desse debate, ver Gadrey; Zarifian (2002). Alguns dos textos desse volume foram anteriormente publicados no livro organizado por Mário Sérgio Salerno sobre a relação de serviço (SALERNO, 2001).

integradores, tais como as relações de serviço que discutiremos a seguir, do que com uma perspectiva que vincula o serviço a um padrão de valor.

1.1.2 As relações de serviço na produção de bens e de serviços

Outro enfoque que partilha e sustenta a hipótese de uma análise integrada das atividades industriais e de serviços está organizado em torno do conceito de relações de serviço. Nessa perspectiva, as atividades econômicas podem ser analisadas de forma transversal, como um *continuum*, em que podem ser diferenciadas com base na maior ou na menor intensidade da relação de serviço. Como definem Jacques de Bandt e Jean Gadrey, tal abordagem surge da constatação de que não é mais o caso de se estabelecer uma oposição entre indústria e serviços como setores de atividade definidos em relação à materialidade e à padronização dos seus resultados, mas de estabelecer diferenças entre os “... tipos de atividades e lógicas de funcionamento, segundo a importância que ocupa a relação de co-produção entre o produtor e o cliente” (DE BANDT; GADREY, 1994, p.14, tradução nossa).

Rompe-se, por essa via, a dicotomia entre bens e serviços, uma vez que as relações de serviço podem ser encontradas, em maior ou menor grau, em todas as atividades econômicas. As diferenças setoriais, desenvolvidas sob o prisma da oposição entre bens e serviços, têm sua aplicação analítica subvertida quando verificamos que, com base na relação de serviço, atividades de setores *a priori* diferentes podem ter muito mais em comum do que atividades de um mesmo setor. Assim, atividades de serviços com pouca interatividade com o cliente/usuário, como agências bancárias automatizadas ou serviços de abastecimento de água, podem ser consideradas mais próximas de atividades industriais do tipo *fordista*, com sua competitividade assentada na exploração de economias de escala, do que de outras atividades de serviços intensivas em relacionamento, tais como as consultorias, nas quais a solução “sob medida” constitui o principal elemento de agregação de valor e, assim, o usuário joga um papel fundamental. Estas, por sua vez, estariam mais próximas de modelos de produção “customizada”, que procuram atender a uma necessidade específica de um cliente – a solução de um problema – no contexto de relações usuário/produtor, do que, por exemplo, os serviços de limpeza urbana, que oferecem um procedimento padronizado, com baixa flexibilidade para ajustes relacionais⁶. Recorrendo novamente aos referidos autores,

⁶ Ainda é difícil imaginar um serviço desse tipo que procure se adaptar às necessidades individuais dos usuários. Em geral, sua lógica é a da padronização: dos recipientes, dos horários, dos dias de coleta. No máximo, podemos

...pelo viés da relação de serviço, é possível, então, ‘ver’ de outra forma a dualidade indústria/serviços, sem fazer com que a fronteira entre estes dois mundos seja ultrapassada, mas lhe desenhando em função da intensidade das relações e interações entre os atores da oferta e da demanda.” (DE BANDT; GADREY, 1994, p.17, tradução nossa).

A relação de serviço envolve as interações diretas que se desenrolam ao longo do processo produtivo, em que a participação do cliente surge como elemento essencial, o que leva a identificar a relação de serviço com o conceito de co-produção. É nesse sentido, por exemplo, que Prahalad e Ramaswamy (2004) destacam o papel dos consumidores como estratégico na criação de valor. Nas palavras desses autores,

A realidade emergente nos está forçando a reexaminar o sistema tradicional da criação de valor centrado na empresa, que nos serviu tão bem ao longo dos últimos cem anos. Precisamos agora de um novo quadro de referência para criação de valor. A resposta, acreditamos, parte de uma premissa diferente, centrada na *co-criação* de valor. Começa com a mudança do papel do consumidor no sistema industrial. (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004, p.16).

A relação de serviço diz respeito, igualmente, aos aspectos sociais que envolvem essa interação, assim como aos mecanismos que a regulam e permitem sua consecução (GADREY, 1994a). Na relação de serviço, a intensidade da interação aponta uma convergência entre valor-de-uso e valor-de-troca. Seja o resultado do processo produtivo um bem ou um serviço, seu valor está associado ao uso específico para o qual foi destinado, e os contornos dessa utilização são traçados no contexto da relação de serviço. Diferentemente da relação de troca, em que os valores-de-uso de um bem (uma mercadoria) podem ser deixados de lado em nome das equivalências expressas em seus valores de troca (MARX, 1989), na relação de serviço essas duas acepções do valor estão imbricadas⁷. Mais do que isso, contrariamente à generalidade que a relação de troca confere aos valores-de-uso produzidos, a relação de serviço encerra um processo produtivo cujo valor está diretamente associado ao uso específico do bem ou serviço⁸.

identificar uma pequena diferenciação em termos da expectativa de volume de trabalho. Ainda assim, permanecemos numa lógica de padronização, na qual a adaptação vai se restringir ao planejamento dos recursos adequados em determinadas situações-tipo.

⁷ Marx, no contexto de sua exposição sobre a mercadoria, afirma que o valor de troca é externo ao valor de uso. Ou seja, há uma clara separação entre ambos no processo produtivo. Em suas palavras, “As propriedades materiais só interessam pela utilidade que dão às mercadorias, quando se trata da relação de troca entre elas. É o que evidentemente caracteriza esta relação. Nela, um valor-de-uso vale tanto quanto outro, quando está presente na proporção adequada” (MARX, 1989, p.44).

⁸ Nesse sentido, a relação de serviço pode ser considerada também como uma forma de coordenação das atividades produtivas, uma vez que incorpora no processo produtivo elementos de mercado, num processo que, nos termos de Williamson (1985), seria uma forma híbrida entre mercado e hierarquia. Voltaremos a esse ponto

O conceito de relação de serviço permite, portanto, caracterizar a incorporação do cliente/usuário na concepção e na produção do bem ou serviço ou, ainda, uma combinação de ambos, tal como nos ilustra a noção de *compact*, destinado a satisfazer às suas necessidades. Colocam-se em primeiro plano as condições de uso concretas do bem ou serviço, sem o exame das quais o valor do resultado do processo produtivo estaria comprometido. Não se trata, portanto, de avaliar a similitude entre bens e serviços pelos seus resultados (um pacote de valor), quanto mais de restringir essa avaliação a uma nova concepção de valor (o valor-serviço), mas de analisá-la a partir do grau em que a relação de serviço influencia a organização do processo produtivo. O resultado deste, uma vez que podemos assumir a variabilidade das condições de uso, implica avaliações que demandam critérios plurais. Porém, o significado da relação de serviço não está completo sem levarmos em conta outra conotação. Sua centralidade na análise da evolução dos processos produtivos, na indústria ou nos serviços, decorre também do reconhecimento de suas implicações na mudança das relações sociais de produção. Este movimento analítico em direção aos impactos socioeconômicos da relação de serviço no processo produtivo nos leva a questionamentos quanto às fronteiras organizacionais, à incerteza e à irreversibilidade do processo produtivo. Esses aspectos serão abordados, então, levando em conta ora a dimensão operacional, ou técnica, da relação de serviço, ora a sua dimensão socioeconômica.

a) A dimensão operacional da relação de serviço

Do ponto de vista operacional, a relação de serviço pode ser associada ao conceito de co-produção e a tantas outras variantes que procuram designá-la, cada qual com uma ênfase determinada, tais como a noção de relações usuário/produtor, largamente utilizada por Lundvall (1988) em suas análises dos sistemas de inovação, ou, ainda, ao conceito de *servuction*, que procura designar o mesmo fenômeno quando de sua manifestação no interior das atividades de serviço, debatendo suas implicações para a gestão de marketing (EIGLIER; LANGEARD, 1987). Em quaisquer dessas acepções, a dimensão operacional da relação de serviço caracteriza o envolvimento do cliente/usuário no processo produtivo, numa resposta à crescente demanda por soluções individualizadas (ou customizadas). Tal tendência, apontada

quando analisarmos as singularidades das relações de serviço na produção de serviços. Entretanto, podemos adiantar que, embora estejamos de acordo em conceber a relação de serviço como uma forma de coordenação, à medida que consideramos a dimensão socioeconômica dessa relação e a pluralidade de formas de coordenação possíveis, nos afastamos da visão da Economia dos Custos de Transação segundo a qual, *grosso modo*, a escolha da forma de coordenação segue uma única lógica: a da minimização dos custos. O conjunto de relações sociais

de forma notável para o caso da indústria por Piore e Sabel (1984), mostra uma importância relativa crescente da noção de economia de variedade (ou escopo) em relação à economia de escala, principal fonte de competitividade no período dominado pelos modelos fordistas de produção. A relação de serviço, portanto, não caracteriza um processo de “servicialização” da indústria, mas uma forma de superação da organização industrial em termos *fordistas* a partir da incorporação das condições de uso do bem ou serviço, o *sistema do cliente* nos termos de Barcet e Bonamy (1999), ao interior do processo produtivo.

Em sua dimensão operacional, portanto, não há maiores dificuldades de identificar a relação de serviço como um fenômeno que ultrapassa as tradicionais fronteiras setoriais entre indústria e serviços. Aliás, é com base numa análise histórica dos modos de organização industrial que Hatchuel (1994) propõe a identificação de **modelos de serviço** na indústria. Nessa concepção, os modelos de serviço seriam definidos a partir das características e da intensidade da relação de serviço. Por sua vez, o critério fundamental para definir a intensidade da relação de serviço seria a quantidade de momentos de intervenção do cliente/usuário no processo produtivo. Quanto mais momentos de intervenção, maior a intensidade da relação de serviço. Hatchuel associa estes momentos de intervenção ao conceito de **prescrição**. Inspirado na relação médico-paciente, na qual o primeiro prescreve o tratamento a ser seguido pelo segundo a partir dos sintomas que este relata, o autor esclarece que a prescrição sinaliza os momentos em que o cliente/usuário tem a oportunidade de indicar ao produtor as características desejáveis do bem ou do serviço a serem produzidos. Hatchuel (1994) considera que a intensidade das relações de serviço, ou, em seus termos, os pontos de prescrição, variam de atividade para atividade em função de três elementos: a natureza dos bens ou dos serviços, o processo produtivo e os engajamentos feitos pelo produtor/prestador e pelo cliente/usuário. Com base nesses critérios, poderíamos considerar diferentes modelos de serviço, tanto na indústria quanto nos serviços.

Na análise da indústria contemporânea, Hatchuel (1994) propõe a identificação de três modelos de serviço. O primeiro deles seria caracterizado pela busca de uma “extensão contemporânea da economia de variedade” (HATCHUEL, 1994, p.74, tradução nossa), associada com a possibilidade de ofertar uma prescrição personalizada ou com a complexificação das dimensões do produto. Trata-se de uma produção industrial que se

que envolvem a relação de serviço exige a consideração adicional de outras lógicas de ação para além da racionalidade otimizadora.

caracteriza por sua capacidade de adaptação às demandas personalizadas, permitindo uma importante extensão da gama de produtos. Em suas palavras,

Neste tipo de indústria, a relação de serviço é necessariamente o teatro de uma negociação técnico-comercial; discutem-se simultaneamente os critérios de aceitabilidade de um produto, sua factibilidade e seu preço; aqui se trocam também os conhecimentos e as interrogações que podem resultar em estudos conjuntos ou programas de pesquisa e desenvolvimento. (HATCHUEL, 1994, p.74, tradução nossa).

No segundo caso, a variedade está associada à possibilidade de associação/dissociação (BARCET; BONAMY, 1999) de itens aos produtos, resultando na oferta de módulos diferenciados. Nessa versão, a variedade ofertada está relacionada à incorporação de um número cada vez maior de prescrições de uso potenciais que o produtor industrial procura antecipar. Como esclarece Hatchuel,

Os planejadores industriais devem integrar um número bem maior de prescrições de uso: segurança, sedução, facilidade de manipulação, encobrimento, adaptação ao ambiente de utilização ou aos utilizadores, são tantas das dimensões de serviço sobre as quais podem, num momento ou noutro, se construir as vantagens concorrenciais. (HATCHUEL, 1994, p.74, tradução nossa).

O segundo modelo de serviço se articula em torno do desejo dos clientes/usuários em maximizar o uso do tempo. Redução de prazos de entrega, serviços 24 horas; esses, entre tantos outros, são exemplos levantados pelo autor de como a variável tempo afeta as relações de produção na indústria. Hatchuel inclui nessa perspectiva a lógica prevalecente na introdução do “just in time” como princípio de organização da produção. Assim, no contexto dos modos de organização da produção que adotam práticas associadas à *lean production* (WOMACK; JONES, 1998), poderíamos identificar um modelo de serviço calcado em atividades que “poupem” o tempo da atividade produtiva. A prescrição do cliente/usuário vai no sentido de reduzir o ciclo industrial, o que se manifesta, por exemplo, nas tentativas de redução dos tempos de espera entre uma fase e outra do processo produtivo e, de um ponto de vista estratégico, na busca de reduzir o tempo entre a concepção e o lançamento de um novo produto.

No terceiro caso, o modelo de serviço está relacionado à introdução de práticas voltadas à segurança do processo produtivo, envolvendo concessão de garantias, adoção de normas e protocolos, certificações de qualidade e de procedimentos de manutenção preventiva. Em termos gerais, a intensidade da relação de serviço, a possibilidade de amplitude da variedade da oferta por meio da prescrição do cliente/usuário geraram a

necessidade de práticas que assegurem que as prescrições sejam respeitadas. Estaria se refletindo, neste ponto, o prolongamento da relação entre produtor e cliente, ultrapassando largamente o momento pontual da troca. Os serviços pós-venda, generalizados nas indústrias, inscrevem-se nesse modelo. As certificações de qualidade seguem no mesmo sentido. Se, por um lado, a prescrição pode gerar produtos específicos, de difícil substituição, por outro, as certificações de qualidade, e outras normas congêneres, permitem ao cliente/usuário uma maior tranquilidade quanto à *expertise* do produtor, bem como sobre os procedimentos que ele adota, atuando como uma espécie de “seguro-prescrição”. A multiplicação de práticas como a reparação imediata e garantia de uso de um bem substituto em casos de pane daquele que foi adquirido reforça a presença desse modelo de serviço.

Hatchuel procura demonstrar que, em muitos casos, os modelos de serviço são mais freqüentes na indústria do que nas atividades de serviços. Em sua linha de raciocínio, o fato de a prestação de serviços requerer a presença do cliente e ter um resultado, em geral, de caráter imaterial, torna a introdução de práticas como as mencionadas acima um procedimento mais complexo do que na indústria. Isso pode ser ilustrado ao observarmos as dificuldades encontradas nas tentativas de “recuperação de um serviço”, que podem ser interpretadas como um conjunto de ações que visam reparar uma prestação diversa da prescrição feita pelo cliente/usuário (GRÖNROOS, 1993). Em função do caráter imaterial da produção, as concepções sobre o produto do serviço podem ser objeto de profundas divergências entre o produtor e o cliente/usuário, sobretudo no que diz respeito à extensão dos prejuízos causados por um serviço inadequado. As diferenças fundamentais do modelo de serviço nos setores de serviços passam pela consideração da heterogeneidade das atividades de serviço e pelas características do produto dos serviços que, ao menos em dois aspectos fundamentais, o distanciam da produção de bens: o caráter imaterial, que impede sua circulação econômica independente, e a definição social dos resultados esperados (mediatos ou imediatos).

Os modelos de serviço de Hatchuel proporcionam uma interessante ilustração sobre os impactos operacionais que a relação de serviço introduz no processo produtivo. Não podemos deixar de lado, no entanto, a essência desse fenômeno: seu caráter relacional. O envolvimento do cliente/usuário altera as relações sociais de produção de forma inequívoca e esse aspecto precisa ser examinado tendo em conta a dimensão socioeconômica da relação de serviço.

b)A dimensão socioeconômica da relação de serviço

Em sua dimensão socioeconômica a relação de serviço está associada às mudanças na relação produtiva decorrentes de sua forma particular de coordenação da oferta e da demanda.

A introdução do cliente/usuário na configuração da oferta requer uma reconsideração das fronteiras organizacionais, dado que a relação de troca, pontual e localizada no mercado, cede lugar a uma interação que perpassa todo o processo produtivo. Este, por sua vez, não pode mais ser considerado como um processo organizado sob um controle hierárquico, tão-somente, *vis-à-vis* à coordenação mercantil: um ator estranho à organização está diretamente envolvido na produção. Mercado e hierarquia não seriam mais soluções alternativas, mas formas de coordenação intrinsecamente interligadas por meio da relação de serviço que se assemelha, nesse sentido, a uma rede⁹. Esta rede – a relação de serviço – pode ser identificada na situação concreta de serviço e envolve atores diretos e indiretos (GADREY, 1994b). Os primeiros, contemplados na dimensão operacional analisada, os segundos, mecanismos de coordenação, formas de regulação do processo produtivo. A relação de serviço, portanto, traz à baila um conjunto de interações sociais cuja importância, conteúdo, duração e intensidade podem superar largamente as de uma relação de troca. Como afirma Gadrey (1987), esses elementos colocam em xeque a separação tradicional entre produção e consumo, por um lado, e os modos de organização do trabalho, por outro.

Para que a dimensão operacional possa chegar a bom termo, as relações sociais de produção precisam ser consideradas, pois tanto seu desenrolar como o resultado do processo produtivo estão diretamente vinculados ao andamento das relações de serviço. As relações de serviço são, assim, balizadas por um conjunto de “relações sociais de controle e de regulação da ação” (GADREY, 1994a, p.25, tradução nossa). Essa perspectiva nos permite concebê-las como um modo de coordenação das atividades produtivas, numa nova configuração de interação entre oferta e demanda, cuja compreensão passa pela análise das lógicas de ação dos atores envolvidos. Mais do que mercado ou hierarquia, a relação de serviço expressa uma rede de relações sociais que associa produção e mercado em termos que podem variar substancialmente de acordo com as lógicas de ação em vigor.

A relação de serviço não elimina, entretanto, a incerteza decorrente da separação entre mercado e hierarquia. Ela a reconfigura. De uma incerteza relativa à transação, e de seus custos, passamos a uma incerteza quanto à relação (incerteza relacional), na qual o aspecto mercantil é apenas um dentre os diferentes envolvimento estabelecidos. Se, do ponto de vista operacional, a relação de serviço se caracteriza pela oferta de maior variedade de produtos, uma vez que clientes/usuários vêm ampliadas suas possibilidades de prescrição

⁹ Ao nos referirmos ao conceito de rede, temos em mente a concepção de rede técnico-econômica, definida por Callon (1991). Apresentaremos essa concepção e a contrastaremos com outras aceções de rede no capítulo 3.

(HATCHUEL, 1994), sendo engajados na construção da oferta, o processo produtivo, pelo mesmo mecanismo, torna-se bastante específico, e tal envolvimento e seus resultados podem ser considerados irreversíveis. Portanto, se podemos considerar que a incerteza inerente à troca (que afeta os custos de transação) pode ser reduzida pela intensidade da relação de serviço, outra forma de incerteza, relacionada à **irreversibilidade** do processo produtivo, assume um papel preponderante.

Por um lado, uma das fontes dessa incerteza é a assimetria informacional entre produtor e cliente/usuário (GALLOUJ, 1996). Mesmo que possa influir na prescrição (HATCHUEL, 1994) da oferta que se constrói, o controle do processo produtivo resta, ainda, nas mãos do produtor (GADREY, 1994a). O cliente/usuário não possui todas as informações técnicas necessárias para julgar se o produtor está empregando todos os meios possíveis para a consecução do produto. Há, portanto, um espaço para dúvida sobre o esforço que o produtor está empregando no processo produtivo. Temos, assim, uma fonte de incerteza relativa aos meios mobilizados no processo produtivo ou, em outros termos, sobre o nível de engajamento do produtor. Por outro, o envolvimento do usuário torna os resultados do processo produtivo mais ou menos imprevisíveis. Constitui-se, dessa forma, uma outra fonte de incerteza relacionada à avaliação dos resultados da co-produção. O envolvimento do cliente/usuário na elaboração do produto, que eleva proporcionalmente a oferta de variedade e a especificidade dos resultados, torna a incerteza em relação a qualidade final do produto um componente intrínseco à relação de serviço (EYMARD-DUVERNAY, 1994). Além disso, o julgamento sobre a qualidade do processo produtivo não se dá apenas em função de seu resultado. A própria relação é avaliada segundo grandezas diversas que são mobilizadas pelos atores em situação (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1991).

A incerteza, vinculada à questão da irreversibilidade da relação de serviço, deriva, assim, das expectativas sobre o comportamento dos atores engajados na relação de serviço e da presença, na situação de serviço, de diferentes critérios de avaliação do resultado da co-produção. Nada pode assegurar que a lógica mercantil será prioritária, ou mesmo suficiente, para coordenar a situação. Ora, uma vez que a ocorrência da relação de serviço implica o engajamento do cliente/usuário e do produtor, para que o processo produtivo não esbarre numa incerteza radical, sobre os meios empregados e sobre a qualidade final do produto, o desenrolar da relação requer o funcionamento de mecanismos de coordenação que orientem as lógicas de ação e que permitam a construção de acordos sobre os resultados perseguidos.

Gadrey (1994b) explora essa situação discutindo as diferentes formas de regulação que seriam plausíveis para a relação de serviço¹⁰. O autor sustenta que

... as prestações e relações de serviço se desenvolvem, para além de eventuais formas contratuais escritas, num ‘clima’ constituído de expectativas recíprocas largamente tácitas, de saberes partilhados e de regras de comportamento não contratuais, ou seja, implícitas. Trata-se de ‘convenções’, que podem incidentemente fazer objeto de justificações à medida que emergem desacordos ou diferenças, mas que com mais frequência dispensam toda justificação porque sua validade é admitida pelos protagonistas. (GADREY, 1994b, p.143, tradução nossa).

As convenções constituiriam, assim, um mecanismo fundamental de coordenação na relação de serviço. Uma convenção pode ser compreendida como “um sistema de expectativas recíprocas com respeito às competências e aos comportamentos dos outros” (SALAIS; STORPER, 1991, p.31, tradução nossa). Essas expectativas, por sua vez, não seriam formadas apenas de forma tácita. A relação de serviço pode estar submetida a normas explícitas, oriundas de diferentes instituições de regulação. Neste ponto, aproximamo-nos de proposições recentes de determinadas correntes de análise convencionalista¹¹, segundo as quais podemos avançar uma interpretação de que este “sistema de expectativas recíprocas” pode ser alimentado tanto por normas implícitas de comportamento (convenções) quanto por normas explícitas (legais ou contratuais)¹². Umas e outras se formam e evoluem de acordo com a situação de serviço considerada, envolvendo seus aspectos técnicos e socioeconômicos.

Nessa perspectiva, uma multiplicidade de lógicas de ação e critérios de avaliação podem estar em curso, instruídos por diferentes valores ou ordens de grandeza e afetando a intensidade, a duração e o conteúdo da relação de serviço. Esta concepção das formas de coordenação da relação de serviço nos permite analisá-la no quadro de uma Economia das Convenções, compreendida no contexto das abordagens socioeconômicas como uma “... economia da pluralidade de formas de coordenação, assentada sobre uma teoria do fundamento convencional da ação coletiva” (BIENCOURT; CHASERANT; REBÉRIOUX,

¹⁰ Gadrey (1994b) destaca em sua análise a similitude das situações que caracterizam a relação de serviço com a relação salarial. Guardadas as devidas diferenças, ele ressalta as lições que os estudos destas podem aportar à compreensão daquelas.

¹¹ Referimo-nos aqui à corrente convencionalista preponderante na França, a qual foi identificada por Batifoulier (2001) como uma abordagem interpretativa das convenções, em contraponto à corrente norte-americana, denominada de abordagem estratégica. O traço distintivo entre as duas abordagens está na sua concepção sobre a racionalidade dos atores. Enquanto a abordagem estratégica supõe a vigência de uma racionalidade substancial, que permitiu sua charmosa difusão via teoria dos jogos, a interpretativa compartilha a visão de que a ação se dá num contexto de racionalidade procedural, nos termos propostos por Herbert Simon (1951).

¹² Batifoulier e Thévenon (2001) demonstram como normas explícitas podem expressar, em muitos casos, convenções reafirmadas ao longo do tempo.

2001, p.218, tradução nossa). Reafirma-se, neste ponto, a dimensão socioeconômica incontornável da relação de serviço, que envolve um olhar sobre os fatores que atuam, direta ou indiretamente, na coordenação dos atores nas situações de serviço, onde os mesmos operam segundo lógicas de ação que só podem ser identificadas, e interpretadas, no curso da ação.

1.2 A relação de serviço nas atividades de serviços

O elemento fundamental da relação de serviço é a interação dos atores em situação, como resultado, sobretudo, de uma nova consideração da demanda na dinâmica do processo produtivo. De uma forma geral, o conceito de relação de serviço pode ser compreendido como a descrição do contexto e modalidades de cooperação entre o cliente/usuário e um fornecedor buscando atender à demanda do primeiro, a partir dos recursos detidos pelo último e por este processo de construção conjunta de soluções (GADREY, 1994a). Tal envolvimento do cliente/usuário no contexto da produção confere a esta última um caráter relacional diverso, que subverte os limites organizacionais e permite que o desenrolar da atividade produtiva, na indústria ou nos serviços, seja analisada a partir da dinâmica dessas interações. Essas constatações, às quais fomos conduzidos pelo debate apresentado na seção anterior, ratificam as possibilidades de uma análise integrada de bens e serviços, mas não eliminam a necessidade de um exame das peculiaridades do processo produtivo em cada setor de atividade considerado (BARCET E BONAMY,1999). Como demonstra Gadrey (2000), as necessidades que são supridas por um bem ou por um serviço são distintas, o resultado da produção de um serviço jamais é um objeto no qual se encerraria o conjunto de atos que caracteriza a prestação de serviços. Em outras palavras, ainda que a relação de serviço possa ser considerada um elemento comum à produção de serviços e a de muitos bens nos sistemas industriais contemporâneos, rompendo as tradicionais barreiras impostas pelas convenções que determinam as classificações das atividades econômicas, tomá-la como critério de análise, transversal e simétrico¹³, não permite concluirmos por uma ausência de diferenciação entre essas atividades. Mesmo partindo de uma visão integrada – não-dicotômica – das atividades

¹³ Transversal, pelo que discutimos até aqui, pois permite um olhar intra e intersetorial, sem divisões autoritárias das atividades econômicas que nos levam a penosas dificuldades em explicar a maioria das atividades industriais e de serviços que funcionam em alguma forma de interação; simétrico, pois permite que essa análise seja feita a partir de um mesmo marco teórico, uma característica que o aproxima fortemente do enfoque proposto por Michel Callon (1986) e Bruno Latour (2005) na Actor-Network Theory, ou sociologia da tradução, que teremos oportunidade de discutir mais adiante.

produtivas, propomo-nos a caracterizar o processo produtivo em serviços, evidenciando suas singularidades e complexidades. Tendo em conta os objetivos deste trabalho, trata-se, portanto, de caracterizarmos as especificidades das relações de serviço quando estas se dão nas atividades (ramos ou mercados) de serviços.

1.2.1 Uma definição sociotécnica dos serviços e de suas lógicas de operação

Para uma análise do processo produtivo em serviços, precisamos considerar as peculiaridades da prestação de serviço, e dos seus resultados, sem descuidar dos diferentes aspectos que interferem na provisão de um serviço, os quais, na perspectiva adotada aqui, se verificam nas relações de serviço correspondentes. Não se trata de uma tarefa fácil, como tem dado provas a literatura especializada, pois definições aparentemente objetivas e simples das atividades de serviço demonstram seus limites à medida que a análise se generaliza. Mesmo assim, tanto nas pesquisas econômicas como nas organizacionais, podemos identificar um “quase-consenso” em torno de três características, a saber (BARCET; BONAMY, 1999):

- a) A imaterialidade, ou seja, o fato de o resultado do serviço não ser tangível, não ser um objeto;
- b) A perecibilidade, no sentido de que a prestação e o uso de um serviço, seu consumo, estão restritos ao mesmo momento no tempo;
- c) O caráter relacional, expresso tanto na co-produção como na avaliação dos resultados, indicando que o cliente do serviço tem um papel ativo na sua produção.

Essas características “quase consensuais” estão presentes em diferentes enfoques, mas é principalmente na literatura dedicada ao marketing e à qualidade em serviços que elas ganham atenção especial (EIGLIER; LANGLEARD, 1987; PARASUMARAN; BERRY; ZEITHAML, 1991). Tais características configuram uma definição técnica das atividades de serviço, no sentido em que está associada a propriedades dos resultados dessas atividades (um resultado que não é material, que é perecível) e do processo produtivo (que se dá de forma relacional, com a participação do cliente/usuário) (GADREY, 1991). Um exemplo desse enfoque pode ser demonstrado pela definição de Grönross (1993), que adiciona, ainda, um quarto aspecto, o dos serviços como uma seqüência de atividades. Em suas palavras,

Na maioria dos serviços, quatro características básicas podem ser identificadas: 1) Os serviços são mais ou menos intangíveis; 2) Os serviços são atividades ou uma série de atividades em vez de coisas; 3) Os serviços são, pelo menos até certo ponto, produzidos e consumidos simultaneamente.

O cliente participa do processo de produção, pelo menos até certo ponto. (GRÖNROSS, 1993, p.38).

Grönross destaca que os serviços são geralmente percebidos – e, portanto, avaliados – de forma subjetiva. Na medida em que o grau de intangibilidade, ou imaterialidade, de um serviço é maior, também maior é a dificuldade de sua avaliação por parte do usuário. Isso cria dificuldades importantes na gestão da qualidade e do marketing de serviços, as quais, podemos antecipar, se asseveram quando estudamos o processo de inovação. Não há em serviços, prossegue o autor, “qualidade pré-produzida para ser controlada com antecedência, antes de o serviço ser vendido ou consumido” (GRÖNROSS, 1993, p.39). Como afirmam Barcet e Bonamy (1994), na mesma direção,

A qualidade do serviço é sempre uma qualidade esperada, antecipada, e a verificação desta qualidade será feita sempre após a prestação. Não há, como no bem, um objeto que, por sua presença, permite de objetivar o encontro da visão do ofertante e a do cliente. Daí que os processos de qualificação deverão, na ausência de objeto, se apoiar sobre outros elementos. (BARCET; BONAMY, 1994, p.155, tradução nossa).

Poderíamos sintetizar, partindo dessa perspectiva, que um serviço será aquilo que o cliente percebe, ou seja, o cliente tem um papel fundamental na avaliação do serviço prestado e, por meio desta, na configuração da oferta de serviço. Essa constatação conduz aos fundamentos dos modelos de qualidade percebida pelo cliente, em que o principal desafio dos gestores seria o de aproximar o serviço prestado ao serviço esperado pelo cliente (GRÖNROSS, 1993). Esta atuação de conciliação entre expectativas e prestação do serviço poderia incidir tanto no ajuste das características do serviço quanto na tentativa de alterar as expectativas dos clientes, onde, então, as estratégias de marketing assumiriam um papel fundamental (KOTLER; HAYES; BLOOM, 2003; LAS CASAS, 2002). Nesses casos, a compreensão das expectativas dos clientes é um passo fundamental na prestação de um serviço de qualidade (PARASURAMAN; BERRY; ZEITHALM, 1991). Uma vez o serviço prestado, a percepção do cliente sobre sua qualidade estará formada, os resultados estarão presentes e, ainda que estratégias de recuperação do serviço sejam formuladas, o conceito do prestador do serviço pode estar irremediavelmente comprometido (GRÖNROSS, 1993). Há, portanto, nessa concepção, um papel fundamental dos aspectos relacionais da prestação de serviços, o que tem sido denominado por esses autores como *dimensão funcional* da qualidade em serviços, ainda que as definições utilizadas (imaterialidade, perecibilidade, co-produção) ostentem a prevalência dos aspectos operacionais, do ato da prestação, a *dimensão técnica*, sem levar em conta os aspectos sociais que interferem em sua configuração e a

contextualizam. A introdução da *dimensão funcional* nos modelos de marketing de serviços, diferenciando-os do marketing tradicional dos bens e ressaltando a presença incontornável do usuário, permite agregar ao debate características fundamentais da prestação de serviços: a incerteza, inerente a qualquer atividade produtiva no sistema capitalista, mas ampliada nos serviços pela impossibilidade de uma avaliação prévia da qualidade da prestação, e sua irreversibilidade, que justifica a crescente preocupação, e a vasta literatura, sobre estratégias de recuperação de serviço.

Paradoxalmente, a principal crítica que podemos endereçar a essa abordagem é sua limitada exploração dos clientes. Dito de outra forma, o cliente, nesses modelos, é abordado de forma genérica ou homogênea. Ora, o papel ativo do cliente na relação de serviço nos ensina, justamente, que ele participa ativamente da configuração do serviço, tanto em seus aspectos técnicos como funcionais (GADREY, 1991). Sendo assim, embora a “quase consensual” definição a que nos referimos contribua decisivamente para a incorporação conceitual dos clientes na definição dos serviços, incorporação que na prática já se mostrava intransponível, torna-se necessário contemplar o caráter heterogêneo dessa participação e as conseqüências sobre a variabilidade de concepções do serviço que podem estar em jogo na mesma prestação. De certa forma, ainda que o cliente tenha sido introduzido ativamente na prestação do serviço, o conjunto dessas atividades continua sendo definido segundo um único prisma, que, embora delimite importantes diferenças em relação à produção industrial, não dá conta da variabilidade intra-setorial das atividades de serviço. Outro limite dessa definição diz respeito ao alcance dos seus três no conjunto das atividades de serviço. Nas diversas atividades de serviços, a imaterialidade, a não-perecibilidade e a participação do cliente assumem papéis bastante diferentes. No uso de caixas bancários automáticos, por exemplo, embora não haja prestação de serviço sem a ação do cliente, sua capacidade de influenciar o andamento da prestação é mínima. O cliente segue uma série de protocolos bem definidos, sendo esse o traço característico desse formato de prestação. O grau de materialidade de algumas atividades de serviço também pode ser relativizado. Ao discutir o serviço de transporte, Gadrey (2000) afirma que, se considerarmos a materialidade como a possibilidade de observarmos os resultados, o transporte de mercadorias, por exemplo, teria resultados totalmente observáveis e quantificáveis, passíveis de serem submetidos a parâmetros bem próximos da produção industrial. Uma análise dos impactos de algumas atividades de serviço, como educação, saúde, distribuição de água, saneamento básico e tantos outros, muitas vezes de bens públicos, permite colocar em questão, para muitas dessas atividades, o caráter perecível dos seus resultados. Essas duas questões nos conduzem a considerar uma outra

matriz teórica, associada à chamada Economia dos Serviços, que apresentam uma definição sociotécnica das atividades de serviços e procuram, assim, abranger sua heterogeneidade e complexidade. É nesse sentido que apresentamos a definição de Jean Gadrey (1991; 2001) e seu desdobramento funcional, para o qual contribuiu Faïz Gallouj (1999; 2002a).

A definição dos serviços proposta por Gadrey (2000), e seu desdobramento em lógicas de serviços, é resultado de um processo de análise crítica da evolução do conceito de serviço que parte das formulações dos economistas clássicos (DELAUNAY; GADREY, 1987) e, passando pelas definições mais recentes, se concentra na definição proposta por Peter Hill (1977). Segundo Hill,

Um serviço pode ser definido como uma mudança na condição de uma pessoa ou de um bem pertencente a um agente econômico, que vem à baila como resultado da atividade de outro agente econômico, por acordo prévio, ou seja, por solicitação da pessoa ou agente econômico anterior. (HILL, 1977, p.318, tradução nossa).

Gadrey (2000) nos convida a verificar como essa definição se distancia da definição em termos técnicos, baseada nas noções de materialidade, percibibilidade e co-produção, e introduz uma nova perspectiva de análise das atividades de serviço. De fato, como podemos observar, o cerne da definição de Hill (1977) está na consideração do resultado da atividade de serviço como uma mudança de condição. Mudança que implica uma relação entre prestador de serviço e usuário, o qual solicita a intervenção do primeiro sobre uma situação que ele controla, seja ela uma pessoa, seja um objeto, seja um problema. Há, portanto, na situação de serviço caracterizada por Hill, um caráter intrinsecamente sociotécnico, no qual a relação de serviço é o centro da definição e a questão da materialidade ou percibibilidade do serviço não é levada em conta. Como observa Gadrey (2000),

Esta sintética definição de uma situação de serviço é sociotécnica por natureza: uma operação técnica é claramente levada a cabo na realidade que deve ser transformada, mas é delimitada por dois tipos de relações sociais, uma ‘demanda por intervenção’, a qual inicia uma relação de serviço, e relações de propriedade ou posse (a realidade a ser transformada pertence ou é controlada pela pessoa que demanda o serviço). Por outro lado, a natureza técnica do produto ou resultado (sua relação com a materialidade), a qual era o ponto de ancoragem para as definições esboçadas anteriormente, não exerce nenhum papel. O produto, ou resultado, é a mudança de estado na realidade que é objeto da intervenção. (GADREY, 2000, p.6, tradução nossa).

Ao relacionarmos as atividades de serviço a uma “mudança de situação”, à transformação de uma realidade pertencente a outrem, certamente temos uma definição capaz de apreender o essencial das interações sociais presentes na relação de serviço, ao mesmo

tempo em que permite ultrapassarmos os limites impostos pelas noções de materialidade e precibilidade, conferindo um maior escopo analítico do que a definição anterior. Mesmo com esses méritos, a definição de Hill não está isenta de problemas e será justamente a partir da análise crítica desses, em dois momentos, que Jean Gadrey chega à definição dos serviços e de suas lógicas, a qual adotamos aqui.

Primeiramente, Gadrey (2000) chama a atenção para um risco importante caso a definição de Hill seja levada aos seus limites. Um trabalhador, numa linha de produção, pode ser assemelhado a um prestador de serviços, pois seu trabalho consiste na transformação de uma realidade pertencente a um terceiro, no caso, o proprietário da empresa, por “solicitação” desse proprietário. Nos termos em que está formulada, a definição de Hill permite comparar as relações de trabalho, tanto na indústria como nos serviços, às relações de serviço, o que pode trazer conseqüências analíticas (como confundir uma atividade tipicamente industrial com a prestação de serviços) e políticas (dado o debate em torno das relações de trabalho). Para corrigir esse problema, Gadrey (1991) propõe um adendo fundamental à definição de Hill, o qual estabelece que o resultado de uma prestação de serviço não pode circular economicamente de forma autônoma. Tal definição, conhecida como triângulo do serviço, pela representação gráfica que intuitivamente sugere, foi formulada nestes termos:

Nós adotaremos no que nos concerne a seguinte definição, que nós designaremos por triângulo do serviço: uma atividade de serviço é uma operação de transformação de estado ou de tratamento sobre um suporte C possuído, utilizado ou controlado por um agente econômico A, efetuado por um outro agente B (o prestador) por conta de A, mas não resultando na produção por B de uma nova mercadoria susceptível de circular independentemente de C (nós estaríamos então no caso da produção industrial ou artesanal). (GADREY, 1991, p.8, tradução nossa).

O triângulo do serviço (figura 1) mantém as relações apreendidas da definição de Peter Hill, ao mesmo tempo em que, com a precisão agregada por Gadrey, ressalta uma das características fundamentais da prestação de serviços, qual seja, a da indissociabilidade entre processo o processo produtivo e seus resultados. Em outras palavras, a distinção entre produto e processo, muitas vezes ensaiada, não tem sentido nas atividades de serviços. O resultado de um serviço não pode ser dissociado do seu processo; na verdade, ambos se confundem. No que diz respeito às realidades a serem transformadas, ou os suportes das atividades de serviço, Gadrey (1991) identifica quatro categorias gerais. A primeira delas seria caracterizada pelos bens ou sistemas técnicos, objetos de assistência técnica e transporte, por exemplo. Uma segunda categoria de suporte seria a moeda, em todas as formas como ela pode exercer suas funções. O serviço poderia consistir na sua gerência, valorização, prevenção de riscos

(seguros), em que as representações em termos monetários estivessem envolvidas. A terceira categoria seria o indivíduo mesmo. Nesse caso, A demanda a B um serviço que se realiza sobre “suas dimensões físicas e corporais (saúde, limpeza, transporte), intelectuais (formação, cultura), relacionais (comunicação, lazer, informações)” (GADREY, 1991, p.9, tradução nossa). Por fim, o autor aponta “... o conjunto de conhecimentos coletivos ou de informações pertencentes a uma organização, e que B terá por função que analisar, ou melhorar ao longo de um processo de transferência” (Gadrey, 1991, p.9, tradução nossa). Podemos identificar aqui a descrição de um processo típico das atividades de consultoria. Esta classificação dos suportes do serviço não corresponde a uma classificação das atividades de serviço. Isso porque uma mesma atividade de serviço pode, e geralmente assim ocorre, mobilizar diferentes suportes:

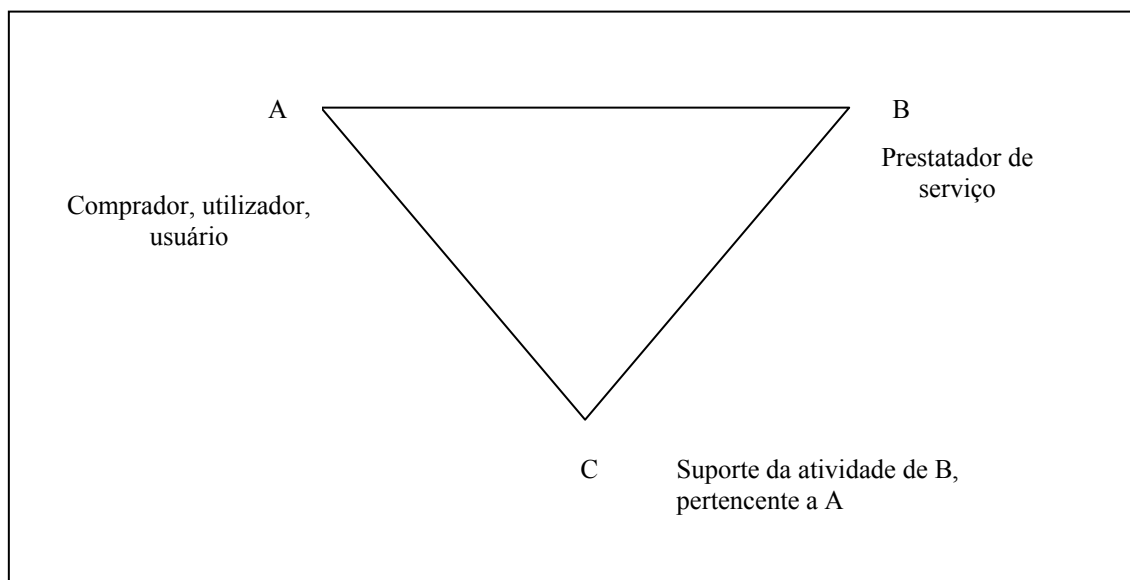


Figura 1 – O triângulo do serviço

Fonte: Adaptado de Gadrey, 1991, p.9

Um segundo limite da definição de Hill, e da própria definição em termos do triângulo do serviço, é apontada por Gadrey (2000). Ele reside em dois aspectos: primeiro, na concepção do serviço como uma “mudança de condição”; segundo, na definição de uma “demanda por intervenção” como único modo de acionamento dos serviços. Essas duas noções, fundamentais, como vimos, parecem limitadas a algumas atividades de serviços, incorrendo numa limitação similar à da definição técnica, embora por razões diferentes. Gadrey aponta, então, os limites da aplicabilidade dessa definição ao conjunto das atividades

de serviços e propõe que outras lógicas de ação sejam levadas em conta para caracterizar os serviços (GADREY, 2000; 2001; 2002)¹⁴. Uma “mudança de condição” pode ser o foco da atividade de muitos serviços, principalmente daqueles ligados a prestação de serviços de assistência técnica, manutenção e outros tipos de reparação. No entanto, argumenta o autor, é difícil conceber, por exemplo, que uma atividade hoteleira possa ser definida como uma mudança de um usuário da condição de “sem alojamento” para a de “com alojamento”. É verdade que a atividade hoteleira supre essa necessidade, mas a mudança de condição não parece espelhar adequadamente suas principais características. O mesmo nós podemos observar, menciona Gadrey, em atividades como o teatro, ao supor que ele consiste na mudança de condição de uma pessoa, ainda que, vale ressaltar, uma peça teatral, um filme, um espetáculo musical possam despertar nossas emoções e reflexão. Em outras palavras, Gadrey propõe que se considerem outras lógicas na prestação de serviços, que contemplem situações que se acomodem mal à noção de “mudança de condição”, ainda que esta continue sendo considerada. Idêntico raciocínio pode ser desenvolvido no que diz respeito à “demanda por intervenção”. Ao utilizarmos uma auto-estrada, dificilmente teremos feito previamente uma demanda ao governo ou ao concessionário privado que a explora para que este faça a manutenção. A relação de serviço, nesse caso, supõe que a estrutura esteja disponibilizada em condições operacionais. Tal situação se repete quando utilizamos os serviços de energia elétrica ou abrimos o chuveiro. Afora uma primeira interação, em que podemos ter solicitado sua instalação, e tendo cumprido os compromissos contratuais estabelecidos, esse tipo de serviço está calcado na disponibilização de uma capacidade técnica, sem que haja necessidade de uma solicitação a cada utilização. Se pensarmos num espetáculo musical, no teatro ou no circo, fora uma ou outra solicitação pontual da música preferida, dificilmente podemos associar a prestação desse serviço a uma resposta a uma demanda de intervenção. A capacidade técnica é disponibilizada, a representação do espetáculo é realizada, independentemente dessa demanda. Tal reflexão, realizada noutros termos, evidentemente, levou Gadrey (2000) a identificar que a demanda por um serviço possui outras lógicas que não podem ser restringidas à chamada “demanda por intervenção”. Assim, Gadrey procurou

¹⁴ Os três trabalhos mencionados são, na verdade, complementares. Gadrey (2000) foi publicado na *Review of World Development* e pode ser considerado como aquele em que essa crítica é mais trabalhada, visto o objetivo central do artigo ser a proposição de uma caracterização alternativa de bens e serviços. Gadrey (2001; 2002) são versões similares de um mesmo artigo, publicado em 2001 no Brasil e em 2002 na França. Ambos possuem a preocupação de aplicar a abordagem desenvolvida no artigo de 2000 ao debate sobre a produtividade em serviços, sendo que o diferencial do artigo brasileiro é, justamente, a consideração de alguns dados sobre o tema para o caso do Brasil. Fazemos essa distinção para explicar por que a discussão conceitual desenvolvida aqui está centrada em Gadrey (2000), embora, eventualmente, utilizemos citações provenientes do artigo brasileiro.

articular uma definição dos serviços que, por um lado, representasse outras situações de serviço, além daquela associada à busca de uma “mudança de condição”, e, por outro, que expressasse a variedade de formas em que um serviço pode ser demandado, para além da “demanda por intervenção”. Essa definição, formulada em termos de lógicas de serviços (GADREY, 2000), permite afirmar que existe produção econômica de serviços quando adas seguinte situação é verificada:

Quando uma organização A, que possui ou controla uma capacidade técnica e humana (nesse caso fala-se também de competências), vende (ou propõe gratuitamente, quando se trata de serviços não comerciais) para um agente econômico B o direito de uso dessa capacidade e dessas competências por um período de tempo determinado, para produzir conseqüências úteis no próprio agente B, ou nos bens C que ele possui ou pelos quais é responsável. Em certos casos, esse uso assume a forma de uma intervenção solicitada por B sobre um suporte C, de ou controlado por B. Nesse caso reencontramos o triângulo do serviço. Em outros casos o serviço se resume à utilização temporária, por B, de uma capacidade técnica possuída por A e colocada à disposição de B por A (exemplo: a locação). Em um terceiro grupo de casos, o serviço é uma ‘representação humana’ (acompanhada de seu suporte técnico) que A organiza e à qual B assiste. (GADREY, 2001, p.33-34).

E, ainda, no seguinte caso:

Quando uma família ou um consumidor final (neste grau de abstração, esses conceitos são idênticos) empregam um assalariado para cuidar de seus bens ou de si mesmo ou eventualmente de pessoas (crianças, pais, etc.) diante das quais o empregado exerce uma função delegada de responsabilidade. (Gadrey, 2001, p.34-35).

Deixando de lado a segunda situação, que descreve a prestação de serviços pessoais¹⁵, podemos diferenciar a produção de serviços com base em duas dimensões presentes nessa definição: o tipo de capacidade preponderante na prestação de serviço e a forma como o cliente/usuário recorre ao serviço. Gadrey identifica três lógicas de serviço (figura 1), segundo a relação identificada entre essas dimensões, quais sejam: lógica de apoio ou intervenção solicitada¹⁶; lógica da oferta de competência técnica e lógica da performance, representação humana ou exibição viva.

¹⁵ Esse tipo de serviço não será analisado, já que nossa preocupação é analisar os serviços – e a inovação em serviços, mais precisamente – desenvolvidos por organizações.

¹⁶ Nesta situação reencontramos o triângulo do serviço, desta feita como a representação adequada de uma das lógicas de serviço. Entretanto, caso o leitor deseje rever a definição de triângulo do serviço e a figura 1 (p.59) que a representa graficamente, é importante notar que de lá para cá Gadrey passou a representar o prestador de serviço pela letra A e o cliente/usuário pela letra B. Optamos por manter as citações e a representação originais, mas alertamos quanto a essa alteração, que não tem conseqüências do ponto de vista analítico, mas pode, nesta apresentação, dificultar a comparação entre as definições.

Ao admitirmos a presença de diferentes lógicas, como nos propõe essa abordagem, estamos agregando ao nosso arcabouço analítico a possibilidade de lidar com a heterogeneidade das atividades de serviço. Ao contrário de classificá-las e analisá-las como um conjunto indiferenciado, os serviços passam a ser considerados de acordo com a realidade sociotécnica da sua prestação. Logo, se a noção de relação de serviço nos oferece um critério de análise do conjunto das atividades econômicas, as lógicas de serviço nos permitem enfatizar a diversidade destas no interior do setor de serviços.

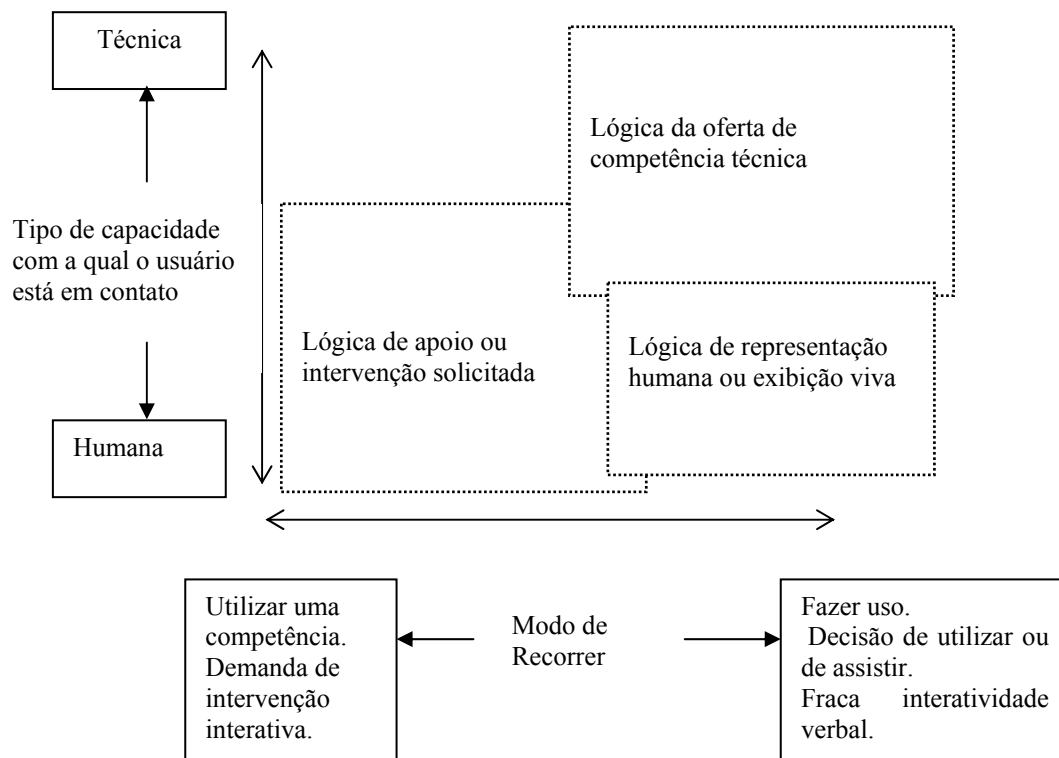


Figura 2 - Os três tipos de lógica de serviço

Fonte: Adaptado de Gadrey, 2001, p.34

Sendo assim, muitas das características atribuídas ao setor de serviços como um todo podem ser avaliadas, agora, segundo o tipo de atividade de serviço à qual estamos nos referindo. Ao relacionarmos a intensidade da relação de serviço, que pode ser indicada pelo modo de acionamento deste, com os aspectos operacionais da prestação – o tipo de capacidade técnica ou humana – temos um leque de lógicas de serviço que permitem indicar as características genéricas da prestação. Gadrey enfatiza esta relação entre as lógicas de serviço e as possíveis representações sobre o serviço prestado, como podemos analisar abaixo:

O fato de uma atividade de serviço estar localizada predominantemente dentro de uma das três lógicas tem implicações para a representação deste serviço como produto, ou seja, para as ‘convenções de produto’ que sustentam as transações de mercado e a avaliação e mensuração do produto e performance. (GADREY, 2000, p.14, tradução nossa).

Essas lógicas permitem vislumbrar os elementos principais de uma prestação considerada, mas não são mutuamente exclusivas, do ponto de vista que uma tipologia “ideal” poderia supor. Se, por um lado, as atividades produtivas podem ser mais bem compreendidas pela integração de diferentes atividades, tal qual nos propõe a noção de *compact* (BRESSAND; NICOLAÏDIS, 1988), por outro, no interior de cada atividade de serviço podemos também vislumbrar a combinação de diferentes lógicas de serviço, permitindo antever a variabilidade de processos que podemos encontrar numa mesma atividade de serviço e, sobretudo, das convenções que delineiam o serviço esperado em cada um desses ramos. Uma oferta de competência técnica, mesmo sendo a principal característica de um serviço determinado, não exclui a possibilidade de que atividades vinculadas à demanda de uma intervenção componham a prestação do serviço. O caso da distribuição de energia elétrica é bastante útil para ilustrarmos essa compreensão. Mesmo que o fundamento desse serviço seja o de colocar à disposição a infra-estrutura (por exemplo: linhas de transmissão, postes, estabilização da tensão nas redes) necessária para que a energia seja acessada pelos usuários, não se pode conceber a prestação desse serviço sem que seja ofertada ao consumidor a possibilidade de contatar a companhia de energia elétrica em caso de alguma pane no sistema, solicitando o seu reparo. Em muitas situações, sobretudo em instalações comerciais e industriais, a relação pode ser até mais intensa, com a infra-estrutura disponibilizada sendo adaptada, em alguns aspectos, às especificidades do usuário que usa intensivamente a energia. Nesses casos, o usuário deve ser capaz de fornecer as informações necessárias ao prestador sobre o tipo e a intensidade de uso que pretende fazer do serviço. A prestação de serviços hospitalares, por sua vez, pode envolver pelo menos duas lógicas de serviço. A consulta médica que origina um determinado procedimento terapêutico se caracteriza como a demanda de uma intervenção. Boa parte da estrutura hospitalar, por sua vez, está disponibilizada de forma constante: os leitos hospitalares são exemplos de elementos dessa prestação disponibilizados independentemente de uma demanda específica. Essa característica pode ser comprovada pela busca de uma ocupação otimizada dos leitos, um dos desafios que muitos gestores hospitalares vêm enfrentando, sobretudo quando novas tecnologias reduzem os tempos médios de internação. As lógicas de serviço não são, portanto, uma tipologia das atividades de serviço, mas um indicativo do tipo e da intensidade da relação – *o modo de*

recorrer – e dos requisitos operacionais – *capacidade humana ou técnica mobilizada* – que predominam na prestação. Em outras palavras, uma definição sociotécnica da produção de serviços que permite vislumbrar diferentes concepções justificáveis do produto do serviço.

1.2.2 Relações de serviço e convenções de serviço: a definição do produto do serviço

A definição dos serviços em termos de suas lógicas é, como vimos, uma abertura em direção à diversidade. Pluralidade essa que pode ser verificada no amplo leque de atividades que integra o setor de serviços e caracterizada a partir das diferentes concepções que podem ser compatíveis com um mesmo serviço. Por outro lado, se as relações de serviço conferem um maior grau de incerteza e irreversibilidade às atividades econômicas como um todo, e a abordagem dos modelos de serviço na indústria é um exemplo disso (HATCHUEL, 1994), a impossibilidade de recorrer a um objeto que materialize a produção, dando margem à existência de definições variáveis do produto esperado desta relação, torna a incerteza e a irreversibilidade elementos ainda mais acentuados das relações de serviço desenvolvidas em atividades de serviço. Diante disso, as transações envolvendo serviços só poderão ocorrer a partir da construção de acordos sobre o serviço a ser prestado. Neste ponto, pretendemos revisar os fundamentos dessa incerteza acentuada da prestação de serviços, os mecanismos que permitem a construção desses acordos e a razão dos desacordos, além de discutirmos alternativas para identificá-los.

Um primeiro aspecto que alimenta a incerteza na prestação de serviço está relacionado ao horizonte de tempo considerado para sua avaliação (GADREY, 1991). Segundo Gadrey (2001), podemos falar de produtos do serviço diretos e indiretos. Pode-se exemplificar com a tentativa de definir o produto da atividade de um professor universitário. O produto direto são as horas-aula de ensino, o material cedido aos alunos, as orientações concedidas. Mas e o produto indireto? Ora, o objetivo da atividade seria o de formar um profissional competente, apto a ingressar no mercado de trabalho. Esse, portanto, será o critério para definir o produto indireto. Segundo Gadrey, é o critério ideal; porém, esse resultado pode ser atribuído apenas parcialmente aos efeitos do serviço prestado, já que fatores pessoais, econômicos e sociais poderão determinar que, embora o serviço de educação – o produto direto – tenha sido prestado adequadamente, a inserção no mercado de trabalho – o produto indireto ou os efeitos

do serviço – não tenha se viabilizado¹⁷. Cada uma dessas concepções do produto do serviço engendra diferentes critérios de avaliação por parte do cliente/usuário do serviço, constituindo, segundo Barcet e Bonamy (1994), fatores independentes, porém, associados, da avaliação da qualidade do serviço¹⁸. Assim, quando o foco do usuário é o produto direto do serviço, sua avaliação do serviço prestado reside no **engajamento de meios** por parte do prestador (GADREY, 1994). No caso de uma cirurgia, por exemplo, a prestação direta do serviço será avaliada pelo empenho da equipe médica, das técnicas implementadas para diminuir os riscos e apressar a recuperação, pelo fluxo de informação que permite à família acompanhar passo a passo o desenrolar dos procedimentos, pela capacidade tecnológica disponibilizada, pelas condições de internação (leito, higiene, conforto para os acompanhantes, ambientação do hospital, etc.). Porém, quando o foco do usuário é o produto indireto (resultados ou efeitos de um serviço), este será avaliado pelo **engajamento de resultados**. No caso do mesmo serviço hospitalar que realiza a cirurgia, os termos da avaliação do serviço, agora, seriam outros.

No que tange ao produto imediato do serviço, aquele que pode ser observado diretamente numa prestação específica, a noção de operações de serviço, nos termos propostos por Faïz Gallouj (1999), permite uma análise fina do processo produtivo. A prestação do serviço direto se realiza segundo uma seqüência de ações que se processam em relação a um suporte. Seja ele um bem, um sistema técnico, seja um conjunto de informações codificadas, um problema a ser solucionado que requer um procedimento definido para sua solução, seja, ainda, o próprio usuário do serviço que requer uma intervenção sobre si mesmo. Independentemente do tipo de capacidade considerada ou da forma de acionamento do serviço, todas as atividades de serviço, situadas em quaisquer das três lógicas definidas, podem ter sua prestação – ou produção – decompostas em operações que, por sua vez, podem ser classificadas de acordo com o suporte considerado. Assim, a partir da definição de

¹⁷ Cabe lembrar que as críticas que tecemos à noção de valor-serviço, proposta por Zarifian (2002), descrita na seção 1.1.1, residem justamente no fato de seu enfoque estar centrado no produto indireto do serviço. No sentido apresentado por Gadrey, a proposição de Zarifian consideraria apenas o produto indireto como resultado válido do serviço, ou seja, em sua perspectiva, o produto do serviço está relacionado aos seus efeitos, devendo ser esse o critério para a avaliação de todas as atividades econômicas.

¹⁸ Segundo Barcet e Bonamy (1994), teríamos, pela apreciação dessas duas concepções, uma noção mais completa da qualidade do serviço, ao passo que a noção de “qualidade esperada”, presente nos modelos propostos em marketing de serviços (GRÖNROOS, 1993), não diz respeito ao nível da prestação, mas a sua adequação às expectativas. Nesse sentido, seria uma “qualidade relativa”. No exemplo oferecido pelos autores, um hotel simples ou um cinco estrelas podem ter o mesmo nível de qualidade relativa, pois essa não estabelece um termo de comparação da qualidade absoluta das atividades.

serviços e da identificação dos possíveis suportes da prestação (GADREY, 1991), podemos identificar quatro operações de serviço (GALLOUJ, 1999):

- **Operações materiais:** referem-se às ações realizadas sobre um suporte que é um objeto tangível, um bem. Em geral, estão relacionadas com atividades de logística de bens, tais como em operações de transporte, e reparação, como nos serviços de manutenção de determinado bem, como carros, eletrodomésticos, máquinas, equipamentos, etc.
- **Operações informacionais:** dizem respeito ao tratamento e ao transporte de informações codificadas, tais como sistemas de informação e redes de transmissão de dados. Nesse caso, a informação, de posse do cliente/usuário, é o objeto do serviço.
- **Operações metodológicas:** estão relacionadas a situações em que as ações implementadas referem-se a um problema colocado pelo cliente/usuário que requer o uso de um determinado procedimento metodológico para sua resolução. Essas operações incidem, portanto, sobre um problema específico posto pelo cliente/usuário, cuja resolução requer a aplicação de um conhecimento determinado. São exemplos dessas operações inúmeros métodos de diagnóstico médico, assim como um sem-número de técnicas de gestão implementadas por consultorias¹⁹.
- **Operações relacionais:** são ações em que o suporte do serviço é o próprio cliente/usuário. Estão neste conjunto as ações consagradas pela literatura de marketing de serviços sob a concepção de dimensão funcional (GRÖNROSS, 1993), as quais dizem respeito, sobretudo, à forma como o cliente é envolvido na prestação do serviço.

Essas operações podem ser combinadas de várias formas nas diferentes atividades de serviço. Uma loja de departamentos, por exemplo, pode conviver com operações de logística de bens quando entrega suas vendas na casa do cliente, com operações de logística de informações quando existe um serviço de acompanhamento dos tipos e dos volumes de

¹⁹ Essa lógica se verifica principalmente em atividades de serviço intensivas em conhecimento, como consultorias, ou serviços profissionais altamente qualificados, como os médicos, advogados e outros, nos quais o conjunto de procedimentos necessários para execução do serviço independe, por completo ou parcialmente, de qualquer meio material. É nesse sentido que se estabelece a particularidade dessa operação em relação às operações de tratamento de informações codificadas (operações informacionais). Esta última supõe a utilização de meios materiais para seu processamento, como é notório no caso dos serviços de processamento e análise de dados.

compras dos clientes e, no ato de venda, pode lidar com a operação de serviço relacional, ao prestar as informações técnicas necessárias sobre um produto e suas condições de pagamento. Portanto, se a noção de lógicas de serviço nos permitem identificar a heterogeneidade entre as atividades de serviço, a decomposição (funcional) dessas em operações faz com que possamos vislumbrar a diversidade e, no mesmo sentido, a complexidade vigente no interior da prestação de serviços.

Um segundo aspecto, decisivo para a existência de diferentes concepções justificáveis do produto do serviço (GADREY, 2001), diz respeito aos diferentes interesses, valores ou grandezas (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1991) que orientam os atores envolvidos na relação de serviço. Distintamente de uma relação organizada em torno de um bem, em que este evidencia uma determinada concepção do produto, que também podemos considerar sociotécnica (CALLON, 1986; LATOUR, 2005), nos serviços não há como predeterminar o que é considerado válido como serviço prestado, ou seja, como fazer qualquer verificação que preceda a prestação. Boltanski e Thévenot (1991), inspirados na filosofia política e usando a metáfora das *cités*, indicam seis grandezas (industrial, mercantil, cívica, doméstica, opinião e inspiração) que atuam como orientadoras, ou registros de ação (EYMARD-DUVERNAY, 1994), do comportamento e das expectativas dos indivíduos e que podem ser mobilizadas, em diferentes proporções, nas mais diversas situações da vida social.

Gadrey (2001) discute como esta pluralidade de lógicas de ação pode ser identificada nesse tipo específico de ação, ou de **rede de ação** (CZARNIAWSKA, 1997; 2004)²⁰, que é mobilizada pelas organizações na prestação de serviços. O autor fornece exemplos eloqüentes quando, instado a fazer um estudo comparativo sobre a produtividade dos serviços hospitalares e, noutro momento, da produtividade dos hipermercados franceses e norte-americanos, pode verificar que o conteúdo desses serviços, num e noutro país, era diferenciado, refletindo diferentes representações sobre o produto do serviço, as quais, por sua vez, espelhavam o contexto de desenvolvimento das relações de serviço (GADREY, 1991; 2001; 2002). Contexto esse produzido pelas interações entre os atores da relação de serviço: prestadores, usuários, organizações de serviços, organismos e modos de regulação. O produto do serviço, em função das diferentes grandezas envolvidas na definição do que será a composição do valor do serviço prestado, está extremamente vinculado às características da

²⁰ Optamos por traduzir como “rede de ação” a noção de “action net” proposta por Bárbara Czarniawska (1997; 2004). A autora considera que uma “action net” é um conceito que permite delinear a identidade das organizações, produzida na e pela rede de ação, independentemente das fronteiras organizacionais que possam

relação de serviço que o desenvolve e abriga sua produção. Recorremos novamente a uma passagem de Jean Gadrey (1994b), que afirma, referindo-se ao produto de um serviço (diretos ou indiretos),

Um tal ‘produto’ resulta de fato da atividade dos prestadores (que são mais ou menos eficazes), das características e intervenções dos beneficiários (que são mais ou menos aptos a tirar vantagem das prestações), das interações entre os primeiros e os segundos e dos fatores ambientais mais ou menos contingentes (entre os quais podemos encontrar as atividades das instituições de tutela, de certificação, de prescrição). É um produto altamente socializado, cuja avaliação é complexa e não tem sentido a não ser na confluência dos pontos de vista dos atores concernentes e no contexto institucional dado. (GADREY, 1994b, p.129, tradução nossa).

O produto do serviço só pode ser corretamente apreendido no contexto da relação de serviço que o origina. Em outras palavras, na relação de serviço estão presentes os mecanismos que Barcet e Bonamy (1994) definiram como processo de qualificação. Trata-se das operações econômicas e sociais que definem as características que um serviço deve conter. Essas operações podem envolver, além do cliente e do prestador de serviço, uma série de condicionantes institucionais, correspondentes ao que Gadrey (1994b) denomina, na citação acima, de fatores ambientais. Dentre esses fatores, podemos citar a questão do horizonte de tempo considerado, que deriva, muitas vezes, de contingências ambientais, mas, sobretudo, de condições históricas e culturais que estão no cerne das convenções de serviço. Essas convenções podem levar o processo de qualificação a diferentes direções (ISAAC, 1996). Barcet e Bonamy (1994) identificam ao menos quatro: qualidade do resultado, qualidade das metodologias, qualidade dos meios materiais e qualidade dos homens. Em sua concepção, de acordo com o grau de tangibilidade e com o tipo de engajamento esperado na prestação, de meios (produto direto) ou de resultados (produto indireto), as atividades de serviço seriam avaliadas pelos seus resultados, pelas metodologias empregadas na prestação, pelos meios materiais mobilizados ou, ainda, pelas competências dos agentes prestadores do serviço.

Inspirado nos trabalhos de Lancaster (1966) e, especialmente, em sua aplicação desenvolvida por Saviotti e Metcalfe (1984) para análise das inovações tecnológicas, Faïz Gallouj (2002a) propôs uma descrição dos serviços em termos das características finais que o produto do serviço deveria oferecer. Baseado na idéia de Saviotti e Metcalfe (1984) de que os bens possuem características técnicas, mas também características de serviço, Gallouj (2002a)

ser predefinidas. Nesse sentido a rede de ação se constitui numa delimitação importante de objetos de análise em

propõe que, tal como os bens, os serviços também entregam serviços e que poderiam ser representados pelas características destes. Em sua forma geral, uma representação do produto do serviço baseada em características teria a formulação apresentada na figura 3, articulada em três vetores fundamentais.

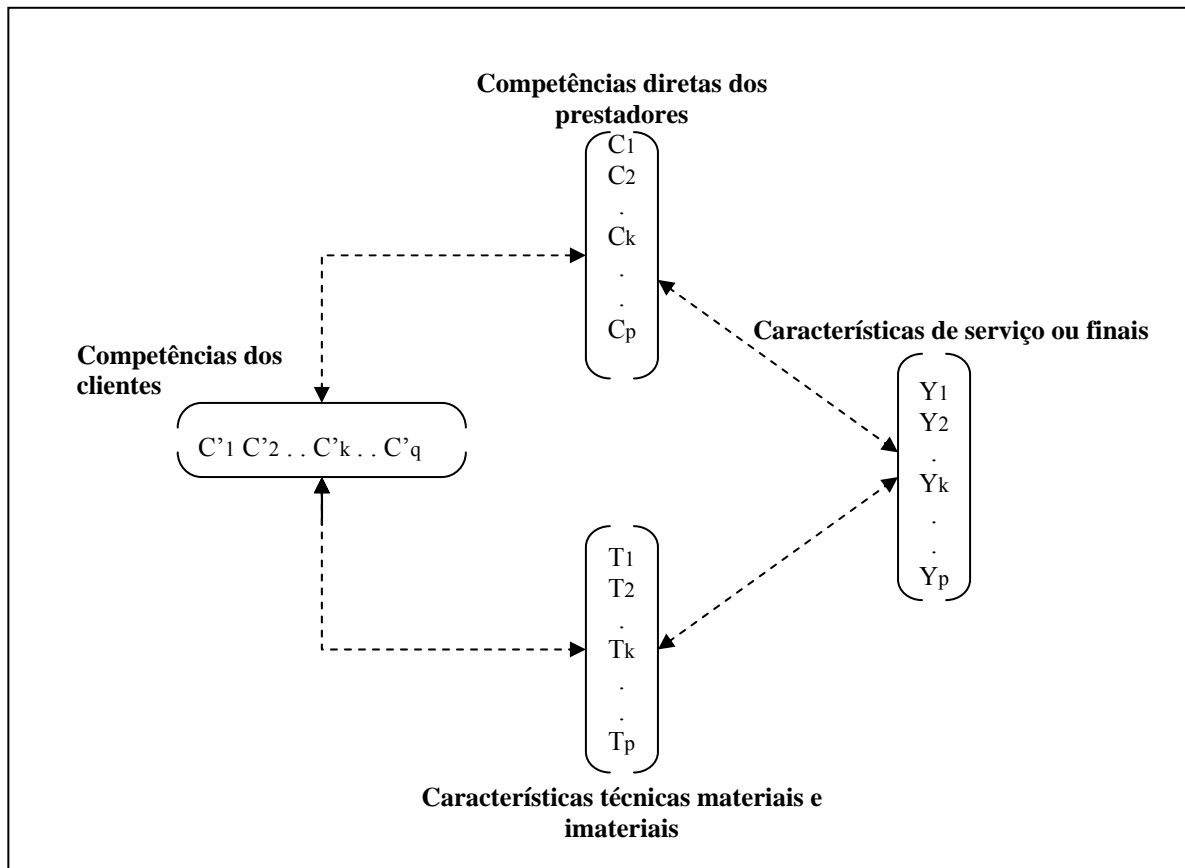


Figura 3 – Representação geral do produto em termos de características

Fonte: Adaptado de Gallouj, 2002a, p.58.

Nesta proposição, o produto do serviço²¹, as características finais do serviço ofertado (representadas pelo vetor Y), corresponderiam ao resultado da mobilização das competências do prestador de serviço (representadas pelo vetor C), de sua capacidade técnica (representada pelo vetor T) e, em função do envolvimento do cliente na prestação, das próprias competências deste último (representada pelo vetor-linha C').

estudos organizacionais, tais como as relações de serviço.

²¹ Cabe salientar que Faïz Gallouj (2002a) não restringe essa representação ao produto do serviço. Ele ressalta que um dos méritos dessa representação é sua aplicabilidade tanto a bens quanto a serviços. A opção por abordar apenas os serviços está relacionada com os objetivos fundamentais de nosso estudo.

Ainda assim, permaneceria a questão de como tais características são definidas ou julgadas convenientes pelos atores da relação de serviço. A incerteza quanto ao conteúdo e aos resultados da prestação impediria a conformação de um mercado, ou ramo, de serviços em que atividades similares fossem comparáveis. Esta ausência de equivalência entre as prestações levaria o grau de incerteza ao máximo, limitando as transações e nos remetendo a uma análise caso a caso. A crítica das abordagens que tratam os serviços como homogêneos, pleiteando sua variabilidade, conduzir-nos-ia a uma “armadilha da indeterminação” que, por sua vez, geraria a incapacidade de analisar a singularidade de cada ramo de serviços. Para superar a indeterminação do produto, precisamos identificar as condições concretas que permitem a existência dos ramos de serviços, isto é, os processos que permitem estabelecer equivalências entre os serviços prestados por diferentes prestadores em um ramo, sem rogar a padronização artificial dos seus produtos; cabe investigar os mecanismos que permitem que essas equivalências sejam estabelecidas. Como apontam Callon, Méadel e Rabeharisoa (2002), o processo de definição dessas características é contínuo. Elas não são observáveis senão pela interação entre os atores; no bojo, portanto, da relação de serviço. Essas características são modificadas e evoluem, acrescentam, à medida que o próprio produto se desenvolve e se modifica (CALLON; MÉADEL; RABEHARISOA, 2002). Considerada a pertinência de diferentes concepções justificáveis do produto do serviço (GADREY, 2001) e, em decorrência, a pluralidade de convenções de qualidade que podem ser mobilizadas pelos atores na relação, é preciso desvelar essas características e o próprio processo de qualificação no âmbito das relações de serviço que caracterizam cada ramo ou mercado de serviço. Deparamo-nos, portanto, com a dificuldade concreta de definir o produto de um serviço antes que ela seja prestado. Reencontramo-nos, não por acaso, com a inseparabilidade entre produto e processo na produção de serviços, o que, como veremos, terá importantes consequências para o estudo dos processos de inovação. Vemos aqui que as considerações que tecemos sobre a incerteza e a irreversibilidade das relações de serviço em geral ganham uma dimensão ainda mais acentuada nos serviços. Nestes, não se pode contar com a materialidade de um objeto qualquer no qual as avaliações dos envolvidos possam ser contrastadas antes da contratação do serviço. Portanto, à definição do produto do serviço (ou o produto esperado do serviço), podemos atribuir um caráter inexoravelmente convencional, que envolve seu processo de qualificação, ou de definição de características, mas que envolve também os mecanismos institucionais, ou fatores ambientais, que influenciam essa configuração. Tal qual propõe Gadrey (2001), considerando as incertezas inerentes a esta definição,

Está fora de questão responder a tais questões recorrendo a alguma lógica científica: conforme os casos, conforme os problemas a resolver, as relações de força, as instituições nacionais, a exequibilidade técnica, convenções sobre definição dos produtos são instituídas e, mais ou menos estáveis, elas fazem pender o sistema de avaliação e de medição do desempenho para uma ou para outra destas representações do produto. (GADREY, 2001, p.58-59).

O produto do serviço é, portanto, a concepção resultante de um acordo construído entre os atores da relação de serviço. Esse acordo se dá a partir das diferentes concepções justificáveis do produto do serviço, o que implica admitir a pluralidade dos comportamentos esperados, ou lógicas de ação, do enfoque privilegiado em relação ao tipo de resultado considerado (direto ou indireto), da ação dos mecanismos de regulação, enfim, de todo o contexto da relação de serviço que governa o processo de qualificação, de validação do serviço a ser prestado. A análise da construção desse produto requer, portanto, a investigação das condições concretas de sua prestação, dos atores envolvidos e das diferentes lógicas de ação e em vigor. Em outras palavras, requer a investigação da trama que nos permite vislumbrar a produção de serviços e seus resultados como uma rede de relações – técnicas, ou operacionais, e socioeconômicas – que produzem determinadas características que, por sua vez, são modificadas e evoluem nesse processo. Será com essa concepção da produção de serviços que apresentaremos, em nosso terceiro capítulo, a noção de rede tecno-econômica e proporemos sua aplicação, com algumas adaptações, à análise do processo de inovação em serviços.

2 OS SERVIÇOS E A INOVAÇÃO

A literatura sobre inovação em serviços até meados da década de 1990 se constituía, em realidade, da aplicação de conceitos e métodos desenvolvidos no bojo da indústria manufatureira. Em outras palavras, pode-se afirmar que a relação entre serviços e inovação, no escopo desses conceitos industrialistas, resumia-se ao acompanhamento de processos de difusão das inovações tecnológicas nos serviços. Sem desmerecer esses estudos, mas com a determinação de erigir um novo marco teórico, esforços notáveis têm sido despendidos nos últimos anos para constituir uma teoria da inovação em serviços ou identificar pontos comuns para uma teoria da inovação que seja abrangente o suficiente para englobar bens e serviços e que, ao mesmo tempo, não deixe de lado suas diferenças (GALLOUJ, 1994; GADREY; GALLOUJ; WEINSTEIN, 1995; GADREY; GALLOUJ, 1998).

Neste capítulo, será apresentado um panorama dos principais avanços obtidos em direção a esses objetivos. Para tanto, mostramos as três principais direções que os trabalhos sobre inovação em serviços têm seguido. Primeiro, exibiremos uma linha de contribuição que toma como base a origem tecnológica das inovações. Em seguida, uma linha oposta, que reage ao que denomina tecnicismo, procurando enfatizar as características singulares que o processo de inovação apresenta em atividades de serviços. Uma terceira vertente trabalha na direção de integrar essas perspectivas e, por conseguinte, desenvolver uma teoria da inovação que esteja apta a considerar os aspectos comuns aos bens e aos serviços, sem descuidar de suas especificidades. Veremos que, menos do que concepções teóricas colocadas à prova, essas abordagens se estabelecem a partir do seu maior ou menor grau de compatibilidade com o “mainstream” da teoria da inovação, não chegando a conceber uma teoria da inovação em serviços ou mesmo uma nova teoria da inovação. É justamente desse ponto que passamos a discutir a hipótese de compatibilidade entre a teoria da inovação neo-schumpeteriana²² e os esforços de constituição de uma abordagem integradora da inovação em serviços. Embora apontemos as possibilidades de construção dessa complementaridade, sobretudo a partir da análise de trabalhos que versam sobre a noção de trajetórias de inovação em serviços (GALLOUJ, 1999; 2002a; DJELLAL, 2001) e de aplicações da noção de sistemas de

²² Sob o rótulo de abordagem neo-schumpeteriana, estamos considerando contribuições que, dentro do espectro dos enfoques evolucionários (Green et al, 1999), têm como referência o trabalho de Nelson; Winter (1982). Neste trabalho, usamos indistintamente as expressões “neo-schumpeteriana” e “evolucionária”, tendo em mente essa perspectiva.

inovação ao setor de serviços (TETHER; METCALFE, 2004), observamos alguns limites decorrentes de características intrínsecas ao processo produtivo em serviços, principalmente no que tange à variabilidade do produto do serviço. Uma tentativa de superação desses limites é apresentada no próximo capítulo, a partir da mobilização do conceito de rede tecnô-econômica.

2.1 Abordagens teóricas da inovação em serviços

O crescente papel dos serviços no conjunto da atividade econômica restou por um longo período à margem das preocupações dos teóricos da inovação. Essa tendência vem sendo contraposta recentemente, ainda que possamos identificar diferentes questões de pesquisa e distintos níveis de análise no conjunto de trabalhos sobre inovação em serviços. Buscando agrupar essas contribuições e, tendo como critério os determinantes da inovação considerados, Gallouj (1994) sustenta que podemos considerar três abordagens teóricas sobre a inovação em serviços: a tecnicista, a baseada nos serviços e a integradora.

2.1.1 A abordagem tecnicista

A origem dessa abordagem está na genuína tentativa de desenvolvimento de uma teoria da inovação em serviços. Seu marco teórico são os trabalhos de Richard Barras (1986; 1990). Barras (1986) demonstrou sua preocupação com a desatenção ao processo de difusão tecnológica entre os setores produtores dos artefatos tecnológicos e os setores que os adotam, fundamental, em seu entender, para a compreensão de novos ciclos de crescimento, especialmente daqueles que vinham caracterizando o desenvolvimento capitalista final do século XX. Pois ele destaca, como podemos ver a seguir, o papel importante do setor de serviços nesse processo:

Existe um consenso difundido de que esta nova revolução será baseada nas emergentes tecnologias da informação; o que tem sido muito menos reconhecido é que os setores-chave na adoção destas tecnologias nesta revolução são proporcionalmente mais as indústrias de serviços do que os setores manufatureiros, os quais dominaram as revoluções tecnológicas precedentes. (BARRAS, 1986, p.161, tradução nossa).

O modelo desenvolvido por Barras tornou-se conhecido como “ciclo reverso do produto”. O seu foco está fortemente voltado para a análise das mudanças provocadas pelo processo de informatização em vários serviços, como, por exemplo, a adoção de caixas

eletrônicos no caso dos serviços bancários. Ele sustenta, assim, que a inovação em serviços percorreria um ciclo diverso do esperado na introdução de inovações tecnológicas. Em outras palavras, inverso ao que se poderia esperar de um processo de destruição criadora, nos termos definidos por Schumpeter (1911). No primeiro momento, em vez de causar um impacto radical e lucros extraordinários, no sentido schumpeteriano, a introdução de uma nova tecnologia levaria tão-somente a pequenos incrementos na eficiência da prestação de serviços já existentes. Essa seria, portanto, uma fase inicial de inovações incrementais destinadas à melhoria da eficiência. No segundo estágio do ciclo, Barras aponta que as inovações seriam ainda incrementais, mas, em função dos ganhos de eficiência inicialmente obtidos, já permitiriam a introdução de melhorias na qualidade do serviço. No estágio final do ciclo, quando o processo de difusão tecnológica estaria em sua fase mais avançada, a tecnologia introduzida permitiria tanto a constituição de serviços totalmente novos como a recombinação de atividades existentes, resultando numa reconfiguração dos serviços. Novos ou melhorados, os serviços inovadores seriam resultado da adoção de novas tecnologias.

O modelo de Barras mostrou-se fiel a sua preocupação inicial com o mecanismo de transmissão das inovações tecnológicas em relação aos setores assimiladores. Entretanto, como aponta Gallouj (1994), não permitiu a consolidação, como era intenção de Barras (1986), de uma teoria da inovação em serviços. Seu modelo mantém a primazia industrial como determinante dos processos de inovação e restringe, por conseguinte, a análise das inovações em serviços aos impactos das novas tecnologias, sobretudo das novas tecnologias da informação e da comunicação (NTIC). Assim, o “ciclo reverso” revela-se um modelo bastante útil para o estudo da difusão de inovações tecnológicas no setor de serviços, o qual não contempla a geração de inovações tecnológicas endogenamente e, de forma alguma, a geração de inovações não tecnológicas (Gallouj, 1998). Contudo, Barras possui o mérito de ter sido o primeiro a explicitamente buscar a construção de uma teoria da inovação em serviços (Gallouj, 1997), e sua abordagem, podemos assim dizer, produziu um “ciclo reverso” também na literatura sobre inovação em serviços. A partir dos seus estudos, muitos outros se seguiram, sobretudo em reação ao seu caráter tecnicista. De toda sorte, a adoção e a difusão das NTIC são, ainda hoje, um dos temas mais frequentes nas análises do setor de serviços (Gallouj, Gallouj, 1996; de Bandt, 1994).

2.1.2 A abordagem baseada nos serviços

Como mencionamos, a reação ao enfoque tecnicista, ou industrialista, dos pioneiros estudos de Barras sobre a inovação em serviços deu origem a uma nova linha de trabalhos. Se a tecnologia, oriunda da indústria, é o principal determinante das inovações no modelo do “ciclo reverso do produto” (Barras, 1986), a abordagem baseada em serviços reúne trabalhos que buscam identificar nas singularidades do processo produtivo em serviços as fontes de inovações, procurando centrar sua análise no que pode ser definido como trajetórias intangíveis dos serviços, as quais podem ser relacionadas, por sua vez, com modalidades específicas de inovações nos serviços (Gallouj, 1994). A idéia central nesse enfoque é que a relação usuário-produtor, a relação de serviço tal qual definida por Gadrey (1994a), mesmo apresentando variações em seu grau de intensidade, de acordo com o ramo dos serviços considerado, oferece oportunidades para a inovação na elaboração do serviço que superam qualquer inovação tecnológica que venha a ser adotada (HAUKNES, 1998). Em outras palavras, no caráter relacional da prestação, fonte de sua incerteza e irreversibilidade relativamente maiores do que na produção de bens (GADREY, 2001), residiriam as principais oportunidades de inovação.

Embasados nessa visão, e valendo-se de um conjunto de evidências empíricas recolhidas em estudos sobre a inovação em serviços na Europa, Sundbo e Gallouj (1998b) apresentam os tipos de inovações verificadas em serviços, a partir das respostas indicadas por empresas de serviços, quais sejam:

- Inovações de produto: relacionadas com o fornecimento de um novo serviço, como, por exemplo, um novo seguro, uma nova linha de financiamento, o atendimento de uma nova especialidade médica.
- Inovações de processo: relacionadas com a modificação de procedimentos prescritos para a elaboração/produção de um serviço (“back office”) ou nos procedimentos de atendimento do cliente/usuário e de entrega do serviço (“front office”).
- Inovações organizacionais ou gerenciais: relacionadas com a introdução de novas técnicas de planejamento, gerenciamento de processos, adoção de indicadores, etc.
- Inovações de mercado: relacionadas com a descoberta de novos mercados, com a identificação de nichos em um mesmo mercado ou, ainda, com a mudança de comportamento da organização no mercado em que ela está inserida.

Gradativamente, a abordagem baseada em serviços se afastou da tipologia schumpeteriana (SCHUMPETER, 1911) para classificar as inovações pela absoluta dificuldade de que produto e processo pudessem ser diferenciados nas atividades de serviços. A proposição de uma modalidade especial de inovação pode ser considerada a principal característica dessa abordagem. Conforme salienta Hauknes (1998), a intensidade da relação usuário/produtor em serviços permite considerar o usuário (ou cliente) como uma importante fonte de informação e aprendizagem, gerando novas competências na empresa. Ele afirma que a inovação em serviços poderia ser considerada a partir de “um processo de generalização de capacidades obtidas nas relações específicas com o cliente” (HAUKNES, 1998, p.30). Sundbo e Gallouj (2000) afirmam, no mesmo rumo, que o processo de inovação em serviços é essencialmente um processo interativo, no qual o prestador de serviços mantém ligações internas e externas, reunidas na própria prestação, que conduzem à inovação. Nesse processo, surgiria um novo tipo de inovação, denominada **inovação *ad hoc*** (ou “adocrática” ou, ainda, contingencial), a qual seria o resultado de um processo de resolução de problemas do usuário por meio da co-produção. Os autores definem a inovação *ad hoc* como “a construção interativa (social) de uma solução (estratégica, organizacional, social, legal, etc.) para um problema particular posto pelo cliente”. Esse tipo de inovação seria reproduzível apenas indiretamente, à medida que o conhecimento desenvolvido fosse codificado, que a experiência tenha sido formalizada e, ainda, das competências acumuladas pela prestadora de serviço, que, por sua vez, venham a ser mobilizadas na solução de problemas de outros clientes²³. Nesse tipo de serviço, as inovações *ad hoc* seriam produzidas pelo prestador de serviço em conjunto com o usuário, destinadas à solução de um problema específico. Entretanto, a inovação seria parcialmente replicável, uma vez que o método empregado para proporcionar a nova solução restaria sob controle do prestador de serviço (Sundbo; Gallouj, 2000; Gallouj, 2002a).

Em geral, esse tipo de inovação seria freqüente em serviços intensivos em conhecimento (BILDERBEEK et al, 1998), podendo ser vislumbrado, por exemplo, nas

²³ O aspecto da não-reprodução é um dos quesitos mais frágeis quando abordamos inovações específicas do setor de serviços. De fato, a inovação *ad hoc* só pode ser considerada uma inovação se, mesmo que parcialmente, sua difusão for feita. É o que aponta Gallouj (2002a), ao afirmar que, se é difícil que uma mesma solução encontrada para um cliente/usuário possa ser transposta para outro, o mesmo não se aplica ao método empregado, que pode, este sim, ser reproduzido em outras situações específicas. Uma vez atendido esse quesito, o conceito da inovação *ad hoc* tem sido considerado uma das principais contribuições das abordagens teóricas da inovação em serviços. Diferente interpretação tem Ina Drejer (2002a), que considera a inovação *ad hoc* a principal limitação dos estudos sobre inovação em serviços, em função de que seu entendimento é que elas são soluções absolutamente não-reproduzíveis.

soluções implementadas por consultores organizacionais, por escritórios de advocacia, por engenheiros e arquitetos, enfim, por atividades que requerem um nível de conhecimento especializado e que se defrontam, na maioria das vezes, com problemas específicos, ainda que a situação de serviço e o método de abordagem possam ser similares de uma prestação a outra. Podemos depreender, no entanto, que em toda atividade de prestação de serviços haveria espaço para esse tipo de inovação, em maior ou menor grau, dependendo da intensidade da relação de serviço e, evidentemente, da especificidade do problema a ser resolvido.

2.1.3 A abordagem integradora

Esse enfoque se propõe a reconciliar bens e serviços, integrando-os definitivamente em uma única teoria da inovação. Mesmo ressaltando as especificidades dos serviços, a abordagem integradora considera que a inovação envolve características genéricas em que a ênfase recairá sobre peculiaridades da manufatura ou dos serviços, de acordo com a intensidade da relação usuário-produtor verificada no mercado específico em análise.

Conforme esclarece Hauknes, essa abordagem sustenta que “existe um processo de convergência ao longo de um continuum entre a manufatura e os serviços” (HAUKNES, 1998, p.28). Como decorrência disso, estabelecem-se características funcionais que possam ser extensivas a bens e serviços e, a partir delas, tipologias das inovações que permitam abrigar indústria e serviços. Nessa direção, a contribuição de maior destaque parte da abordagem lancasteriana das características de bens e serviços (GALLOUJ, 2002a), a qual apresentamos no capítulo anterior e segundo a qual cada produto poderia ser interpretado como um sistema resultante da combinação de tecnologias mobilizadas (materiais ou imateriais) e das competências necessárias para sua produção (competências do produtor) e para seu uso (competências do cliente). Assim, “se a representação do produto (bem ou serviço) descrita acima é aceita, inovação pode ser definida como qualquer mudança afetando um ou mais termos de um ou mais vetores das características (de qualquer tipo – técnica, de serviço ou de competência)” (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997, p.547).

A partir dessa interpretação, Gallouj e Weinstein (1997) propõem uma série de tipos e modelos de inovação, diferenciados em função de sua intervenção nas características ou nas competências citadas, os quais sintetizamos a seguir:

- **Inovação radical:** envolve a criação de produtos totalmente novos, com características absolutamente distintas dos produtos anteriores e que requeiram

competências totalmente distintas, tanto do produtor quanto do cliente. Os autores exemplificam esse tipo de inovação. No caso dos seguros, por exemplo, ela seria identificada na oferta de seguros contra novos riscos concebidos, tais como os riscos terapêuticos. Outro exemplo seria a identificação de novas áreas de atuação para escritórios de advocacia, como, por exemplo, questões envolvendo aplicações da engenharia genética e direito ambiental.

- **Inovação de melhoria:** resulta da alteração de alguma característica do produto, para melhor, supostamente, sem alterar o sistema como um todo. Como os próprios autores deixam transparecer, é praticamente imperceptível a diferença entre esse tipo de inovação e os efeitos da aprendizagem organizacional.
- **Inovação incremental por substituição ou adição de características:** resulta da substituição ou da adição de uma determinada característica técnica ou competência necessária para a produção ou o uso do produto. Pode ser representada por uma nova competência que reduz os custos de produção ou uma nova técnica com o mesmo efeito. É a inovação incremental propriamente dita, que se caracteriza por mudanças graduais; porém, nessa definição, ao usar o modelo lancasteriano, os autores procuram escapar do caráter tecnicista geralmente relacionado com esse tipo de inovação, abrindo seu horizonte também para alterações em competências. Há aqui a noção de que o núcleo do serviço não muda, ou seja, as características fundamentais não se alteram, havendo inovações nos chamados serviços periféricos. Os autores exemplificam essas inovações incrementais no ramo de seguros, no qual o tipo básico de um seguro de automóvel, por exemplo, não muda, mas novas garantias podem ser introduzidas, como seguro contra quebra de vidros e seguros sem franquias, para citarmos alguns. Poderíamos adicionar o exemplo dos provedores de acesso à Internet, em que serviços opcionais podem ser agregados, como maior espaço de armazenamento de *e-mails*, elaboração de páginas pessoais (*home pages*) ou mesmo de diários eletrônicos (os “blogs”), de acordo com os termos contratuais estabelecidos. Gallouj e Weinstein reconhecem que há dificuldade de diferenciar inovações incrementais de inovações de melhoria, o que procuram solucionar afirmando que “a transição do modo de melhoria para o modo incremental pode ser interpretada, portanto, como uma construção social” (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997, p.548). A inovação incremental envolveria novas características, por adição ou substituição, enquanto a de melhoria resultaria apenas em uma nova especificação de uma característica preexistente.

- **Inovação *ad hoc***: a definição de inovação *ad hoc* já é nossa conhecida, em função de sua importância na abordagem baseada nos serviços. Retomando sua formulação, ela pode ser definida como “a construção interativa (social) de uma solução para um problema particular apresentado por um determinado cliente” (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997, p.549). Esta “construção interativa” redundante, nesse caso, na alteração das características do serviço prestado, a partir de uma solução peculiar que envolva elementos de qualquer um dos vetores mencionados. São elementos fundamentais dessa definição o caráter de co-produção das inovações, ou seja, a importância da interface entre provedor e usuário do serviço e a possibilidade apenas parcial de reprodução das soluções encontradas. Embora específicas, as soluções ampliam o conhecimento do provedor do serviço, que poderá repetir, mesmo com adaptações ao novo problema posto por um outro cliente, os procedimentos e os métodos desenvolvidos para encontrar aquela solução. Esses procedimentos e métodos precisam ser codificados e formalizados, para que as competências de produção geradas numa dada situação possam ser reproduzidas. Segundo sua interpretação, “uma codificação e formalização *a posteriori* de certos elementos de uma solução dada, que então pode ser parcialmente ou indiretamente reproduzida, é o que distingue as inovações *ad hoc* da natureza *ad hoc* de muitas transações de serviço” (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997, p.549). Os autores ratificam a importância desse tipo de inovação em empresas de consultoria, especialmente para os serviços intensivos em conhecimento, exemplificando essas inovações com soluções jurídicas que conseguem fazer uso de falhas no sistema jurídico ou novas estratégias empresariais, concebidas especificamente para um cliente, e que lhe conferem vantagens competitivas.
- **Inovação por recombinação**: está relacionada com a criação de novos produtos a partir de diferentes combinações de características ou produtos existentes em novos usos. Esse tipo de inovação está fortemente relacionado com o conceito de inovações arquiteturais, de Henderson e Clark (1990). Os “resorts”, por exemplo, podem ser considerados como uma inovação resultante de características presentes nos hotéis, associadas com características de clubes de lazer, academias de ginástica, restaurantes e outras que poderíamos adicionar. Os serviços de venda pela Internet seriam inovações por recombinação, na medida em que reúnem elementos dos serviços de processamento de informação com serviços de comércio,

serviços financeiros e serviços de transporte. Esse tipo de inovação seria um modo fundamental de criação de novos produtos e serviços, em um paradigma como o que vivemos, no qual o processo de inovação é cada vez mais sistêmico (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997).

- **Inovação por formalização:** esse tipo de inovação está relacionado com a visibilidade das formas anteriormente descritas. Assim, refere-se ao processo de nomear um determinado serviço e organizar sua seqüência, tanto quando essa seqüência envolve características físicas ou de serviços como competências. Esse tipo de inovação antecede as inovações por recombinação, uma vez que as características precisam ser identificáveis para serem recombinadas e também as inovações *ad hoc*, pois é por meio da formalização, que pode ser a prescrição de um método ou o desenvolvimento de um software, que uma determinada solução teria sua reprodução viabilizada, mesmo que parcialmente.

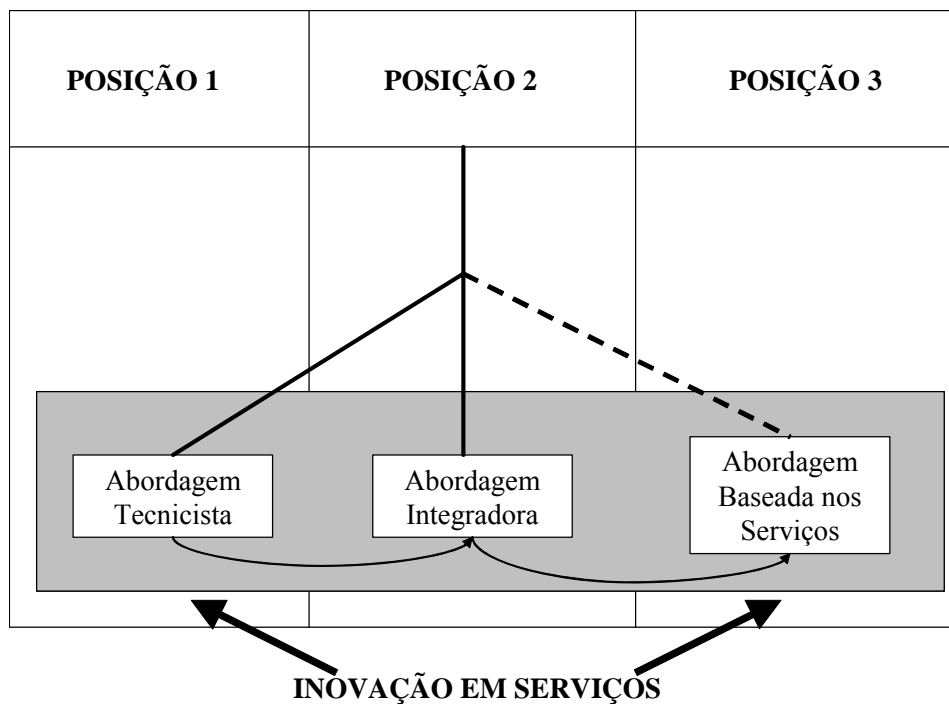


Figura 4 – O pêndulo analítico para análise da inovação em serviços

Fonte: Adaptado de Gallouj, 1994, p.6.

A partir desta nova tipologia da inovação, a abordagem integradora procura envolver todas as situações que permeiam o processo de inovação, seja na produção de bens, seja na produção de serviços. Sua abrangência conferiria a esse enfoque a possibilidade de inaugurar análises que integrem o setor de serviços e o setor manufatureiro, ampliando o poder de

análise dos estudos de um ou de outro setor. Na tentativa de estabelecer o nexu entre as três abordagens sobre a inovação em serviços que acabamos de discutir, podemos recorrer a Gallouj (1994). O autor propõe uma metáfora para expor seu entendimento de como esses enfoques devem ser compreendidos. Ela remete a um pêndulo (figura 4). Imagine esse pêndulo colocado bem ao centro, onde estaria a abordagem integradora (posição 2), tendo de um lado a abordagem tecnicista (posição 1) e, de outro, a abordagem baseada nos serviços (posição 3).

Esse “pêndulo analítico”, como sugere Gallouj, permitiria que aplicássemos a abordagem mais conveniente para cada situação com um simples movimento pendular, eliminando uma desconfortável visão dicotômica entre bens e serviços na teoria da inovação. Certamente, essa figura sintetiza o projeto da abordagem integradora.

2.2 Uma integração neo-schumpeteriana?

A busca de uma abordagem que permita integrar bens e serviços numa mesma teoria da inovação passa pela discussão sobre a possibilidade de que as especificidades dos serviços, sobretudo das condições em que se dá o seu processo produtivo, no contexto da relação de serviço, sejam apreendidas pelo instrumental analítico da teoria da inovação existente, a qual tem majoritariamente se desenvolvido uma perspectiva neo-schumpeteriana. Trata-se, assim, nesta seção, de considerarmos alguns elementos teórico-metodológicos que jogam um papel fundamental nessa possibilidade de integração, principalmente quando a análise deixa o nível da firma e avança numa perspectiva setorial.

O marco histórico e teórico de surgimento da abordagem neo-schumpeteriana, o trabalho de Nelson e Winter (1982), assenta-se na crítica aos postulados da teoria econômica neoclássica que conduziam à exclusão da variável progresso técnico do núcleo da análise econômica. Ao relegar à tecnologia o papel de variável exógena, as inovações seriam equivalentes a choques externos na economia, jamais o núcleo da própria dinâmica. Por seu turno, as abordagens sobre a inovação em serviços procuram evitar a reprodução, em escala setorial, da visão do “mainstream” econômico. As abordagens teóricas da inovação em serviços procuram caracterizar, com maior ou menor sucesso, a endogeneidade desse processo, tecnológico ou não, identificando uma a uma as suas especificidades. Essas, por sua vez, devem considerar, pelo menos, as seguintes variáveis:

- O caráter dinâmico e a importância relativa do setor de serviços;
- As diferenças entre os setores de serviços;

- As relações entre as atividades de serviços e as atividades manufatureiras;
- O processo de inovação em serviços, identificando suas trajetórias e padrões nos diferentes setores de serviços.

No bojo da literatura dedicada à inovação em serviços, podemos encontrar movimentos na direção dessa integração com a teoria neo-schumpeteriana, mas que apontam freqüentemente para alguns limites. Um distanciamento inicial pode ser verificado nas tentativas de evitar que os estudos da inovação em serviços se restrinjam a um enfoque demasiado industrialista, dificuldade que tem sido atribuída, geralmente, aos trabalhos que seguem a linha inaugurada por Barras (1986). Os esforços de integração que se sucederam esbarraram em novas tentativas de distinção entre a abordagem neo-schumpeteriana e os serviços. Dessa feita, as especificidades dos serviços são reconhecidas, mas não necessariamente sua capacidade de produzir inovações endogenamente (TEECE, 2003). Se a iniciativa do distanciamento pode ser considerada uma tomada de posição por parte dos pesquisadores da inovação em serviços, no intuito de investigá-la autonomamente em relação aos conceitos e às interpretações industrialistas, esse novo afastamento é uma demarcação dos pesquisadores neo-schumpeterianos, como ressaltam Ina Drejer (2002a) e Tether (2003), na tentativa de estabelecer uma distinção definitiva entre alguns conceitos que eles julgam ter sido demasiadamente relaxados no âmbito dos estudos terciários. Essa crítica se refere, sobretudo, à forma como os conceitos de aprendizagem e inovação teriam sido mobilizados em serviços, sem uma distinção satisfatória.

O preocupante resultado deste recuo na aproximação dessas vertentes de análise tem sido a revitalização de interpretações que subjagam o papel dos serviços, tomando-os como coadjuvantes nos processos de inovação. Um trabalho recente de Ina Drejer (2002b), no qual a autora aborda o papel dos serviços profissionais como fatores de produção na indústria, é um exemplo desse efeito. Embora a complementaridade entre serviços e indústria seja um eixo de pesquisa auspicioso (DELAUNAY, 2002; GALLOUJ, 2002b), o enfoque adotado não reconhece nos serviços uma capacidade de inovação própria, concentrando-se na sua atuação em prol da inovação que, por sua vez, ocorreria efetivamente na indústria. Esse risco, aliás, já fora abordado “por dentro” da teoria da inovação em serviços, quando Sundbo (1997) desenvolveu uma tentativa de delimitação entre o que é inovação e o que é aprendizagem organizacional, atividades que ocorrem de forma muito próxima nas empresas de serviços e cuja distinção, como no caso da distinção produto-processo, é, na maioria das vezes, muito complexa. Não resta dúvida de que essas singularidades da produção de serviços impõem novas abordagens ao processo de inovação. Estas, porém, não devem inibir os esforços para a

construção de uma abordagem evolucionária, a partir do diálogo com as correntes neo-schumpeterianas, que leve em conta as condições de produção dos serviços e, portanto, seja capaz de abranger particularidades intersetoriais e a variabilidade intra-setorial nos serviços. Sem a expectativa de esgotar o debate, iremos nos restringir a apresentar, nesta seção, as possibilidades e os limites de compatibilização entre o processo produtivo em serviços, tal qual definimos no capítulo 1, as abordagens desenvolvidas para análise da inovação em serviços e alguns dos principais pilares da teoria neo-schumpeteriana: o conceito de inovação, a noção de trajetórias e paradigmas tecno-econômico e a abordagem dos sistemas de inovação. Concentrar-nos-emos principalmente neste último aspecto, pois é justamente nas abordagens sistêmicas que as tentativas de integração têm se mostrado mais auspiciosas e, ao mesmo tempo, problemáticas.

2.2.1 O conceito de inovação

Um dos eixos centrais da teoria da inovação em serviços diz respeito ao enfrentamento da dicotomia produto-processo na análise das inovações e a adoção ou construção de conceitos que permitam incorporar, em um mesmo nível de relevância, as inovações não-tecnológicas. Nesse sentido, afirma Hauknes (1998), qualquer caracterização do processo de inovação deve, inicialmente, partir da concepção da inovação como uma resposta das organizações às pressões do ambiente onde elas atuam. Nessa perspectiva, a distinção produto-processo não seria fundamental para definir inovação, o que eliminaria, ao aceitarmos essa premissa, uma contradição inicial com a perspectiva neo-schumpeteriana. Essa abordagem, por sua vez, apresenta, potencialmente, as maiores possibilidades de um diálogo profícuo que procure verificar a aplicabilidade de sua *expertise* em inovação, fundada na análise do processo de inovação na produção de bens, inspirada no trabalho seminal de Schumpeter (1911) e potencializada a partir do trabalho de Nelson e Winter (1982), à produção de serviços inovadores. Como argumenta Gallouj (1997),

... fiéis à tradição schumpeteriana, estas teorias na prática adotam uma definição ampla de inovação como um processo não-maximizante, iterativo, cumulativo, específico e institucionalizado. Em contraste às hipóteses da teoria neoclássica padrão, suas hipóteses não parecem, *a priori*, incompatíveis com os principais traços da economia de serviços. (GALLOUJ, 1997, p.406, tradução nossa).

De fato, o conceito de inovação schumpeteriano não poderia ser mais generoso para essa aproximação. Mesmo as diferentes abordagens de Schumpeter sobre os determinantes de

uma inovação, conhecidas como modelos Schumpeter I e Schumpeter II (Gallouj, 1994), relacionadas, respectivamente, com um modelo baseado no empreendedor e com um modelo baseado nos departamentos de pesquisa e desenvolvimento (P&D), sob um sistema capitalista monopolístico, não podem ser descartadas, *a priori*, da realidade dos serviços. O mesmo pode ser dito do modelo de determinantes da inovação – *chain linked model* – proposto por Kline e Rosemberg (1986). Schumpeter (1911) apontou como tipos de inovação as seguintes situações, as quais adaptamos, quando necessário, ao caso dos serviços:

- Introdução de um novo serviço ou de uma nova qualidade de um serviço;
- Introdução de um novo método para prestação de um serviço, como, por exemplo, uma nova forma de entrega de um serviço;
- Abertura de um novo mercado;
- Obtenção de uma nova fonte de matéria-prima ou de insumos intermediários;
- Estabelecimento de uma nova forma de organização de uma determinada indústria na qual a empresa que estamos analisando opere.

O conceito schumpeteriano requer, ainda, duas importantes qualificações: a inovação introduzida não pode ser uma solução pontual, podendo ser replicada em outras situações similares e, em decorrência disso, ela se difunde no sistema econômico (DREJER, 2002a). Mas o conceito de inovação pode ser analisado também em outros níveis de análise, envolvendo ramos dentro de um setor ou empresas em um determinado ramo. Nessa perspectiva exposta por Dosi (1982), as situações arroladas por Schumpeter e, portanto, as atividades de inovação podem ser entendidas como atividades inseridas num processo de resolução de problemas. Como esclarece Zawislak (1996), “o processo de resolução de problemas e, por consequência, o processo de inovação são uma característica que irá mostrar-se diferente de uma firma para outra... que gera comportamentos diferentes e histórias individuais diferentes” (p.329-330). Por certo, não há contradição entre essa interpretação neo-schumpeteriana e o setor de serviços. A inovação em empresas de serviços pode ser entendida igualmente como um processo de decisão endógena das organizações, em que se refletem as nuances e os componentes específicos que decorrem da própria lógica dos serviços, e pode estar associada a qualquer uma das situações identificadas por Schumpeter (1911). Sundbo (1997), ao se debruçar sobre a questão, propõe que não apenas esta compatibilidade entre serviços e o conceito de inovação é uma realidade como, pelas características do produto do serviço, sobretudo em relação às possibilidades de imitação, a

necessidade de desenvolver processos contínuos de inovação seria até maior nos serviços do que na indústria.

2.2.2 Trajetórias, paradigmas e heterogeneidade dos serviços

Em muitos momentos, a variedade e a especificidade dos setores de serviços, resultantes da interação das diferentes lógicas em ação (GADREY, 2000), são tomadas como obstáculos à teorização por indicarem, provavelmente, uma tendência a soluções não replicáveis, ainda que na mesma empresa inovadora. Ora, se a preocupação é válida, ela não pode, entretanto, constituir uma barreira entre o mundo da inovação e o mundo dos serviços. Não é justamente um dos argumentos centrais da ótica neo-schumpeteriana, no que se refere à inovação tecnológica, o de que cada firma percorre sua própria trajetória? Ainda, segundo Zawislak (1996), “os fatores que, segundo a teoria evolucionária, justificam a heterogeneidade entre as firmas são a habilidade, o aprendizado e a rotina” (p.331). Ora, não é a essência da atividade de serviço, definida na seção anterior, a interação e, de acordo com determinadas lógicas de serviço, o seu papel na criação de valor a partir da relação de serviço? Não são esses elementos suficientes para afirmar que nas organizações de serviços há espaço aberto para o aprendizado, para o desenvolvimento de habilidades, dos próprios prestadores e dos clientes, e há também rotinas, identificadas em determinada combinação de operações de serviço?

Assim, a introdução de conceitos como o de trajetórias e o de paradigma tecno-econômico não parecem suficientes para que a perspectiva de integração seja abandonada. É o que se pode verificar, por exemplo, no trabalho de Gallouj (1997). Neste artigo, intitulado sugestivamente “Towards a neo-schumpeterian theory of innovation in services”, o autor retoma os conceitos de paradigma tecnológico e paradigma tecno-econômico e discute sua aplicabilidade ao setor de serviços. Um paradigma tecnológico, conceito definido por Dosi (1982), é “um ‘modelo’ ou um ‘padrão’ de solução de problemas tecnológicos selecionados derivados das ciências naturais e sobre tecnologias materiais selecionadas” (p.152). Essa noção foi ampliada por Perez, ao referir-se às transformações no paradigma tecno-econômico, “devido às mudanças envolvidas irem além de trajetórias de engenharia específicas para tecnologias de produto e processo e afetarem a estrutura de custos dos insumos e as condições de produção e distribuição por meio do sistema” (FREEMAN; PEREZ, 1988, p.47). A partir desses conceitos, Gallouj (1997) propõe que, para avaliar a integração da inovação em serviços com a noção de paradigma tecno-econômico, devem ser analisados os impactos que

lhes são causados pelo atual paradigma tecno-econômico, mas também o papel que os serviços jogam nesse paradigma.

O primeiro tipo de análise é subjacente às dificuldades de construção de uma perspectiva neo-schumpeteriana da inovação em serviços. Via de regra, os trabalhos desenvolvidos nessa direção, dos quais Barras (1986; 1990) foi um importante expoente, limitam-se ao impacto da informatização nos serviços. O principal atrativo dessa investigação está no impasse criado pelo chamado “Paradoxo de Solow”, o qual assinala um contraponto inesperado entre aceleração da mudança técnica e declínio da produtividade nos serviços, que, por sua vez, fomenta um dos mitos sobre o setor de serviços, tal qual pudemos discutir no capítulo anterior²⁴. É, portanto, uma análise do impacto das inovações tecnológicas advindas da indústria da informática em seu processo de difusão no setor de serviços. O segundo tipo de análise, que poderia destacar a qualidade das alterações no produto do serviço e, assim, inovações endogenamente produzidas, ficou em segundo plano. O resultado é que as tentativas de aplicação da noção de paradigma tecnológico ou paradigma tecno-econômico aos serviços se mostraram plenas de viés industrialista.

Uma importante vertente dos estudos neo-schumpeterianos, que igualmente mobiliza o conceito de trajetória tecnológica, os chamados estudos taxonômicos, conferiram aos serviços o mesmo tratamento subordinado em relação à indústria. As duas principais taxonomias neo-schumpeterianas resultam dos trabalhos de Keith Pavitt (1984) e de Marcela Miozzo e Luc Soete (2001). A tônica dos estudos é colocar o setor de serviços, em termos gerais, como tecnologicamente dependente da indústria. O fato é que os serviços, nos últimos anos, tornaram-se responsáveis pela indução e até mesmo pela co-produção de muitas inovações tecnológicas, especialmente dentre os serviços que operam com base em operações logísticas que envolvem bens, como o transporte de cargas, e alicerçados no processamento de informações codificadas, como a telefonia móvel, mas também em serviços complexos, como os hospitalares, nos quais a supremacia de uma determinada lógica funcional está menos evidente. Essas constatações têm levado mesmo à proposição de modelos de inovação que privilegiam o papel dos serviços como promotores de inovações no setor industrial (Gallouj,

²⁴ Assim como a inovação, a produtividade dos serviços é um tema altamente controverso. Gadrey (2001), entretanto, de forma bastante objetiva, comparando casos de supermercados e hipermercados e também de hospitais na França e nos Estados Unidos, consegue elucidar a questão. O declínio da produtividade em serviços, via de regra, é verificado com base em critérios industrialistas de cálculo. Quando adotamos o conceito de produto do serviço, buscando a definição precisa do que é o resultado daquela atividade de serviço, vemos que há um grande aumento na variedade dos serviços, uma ampliação de seu conteúdo, que leva, inclusive, à contratação de mais pessoal. Quando avaliados pelos critérios que realmente são considerados como formadores do valor do serviço, em termos de características, por exemplo, a produtividade pode ser considerada crescente.

2002b). Portanto, a principal limitação das taxonomias neo-schumpeterianas reside no seu determinismo setorial e institucional. Isto é, as empresas de um determinado setor, imersas em um dado contexto institucional, seguirão a mesma trajetória de inovação. A aplicação desse ponto de vista levou ao enquadramento do setor de serviços como um todo em uma trajetória “supplier-dominated”, na análise de Pavitt (1984). Ou seja, as trajetórias de inovação no setor de serviços seriam ditadas, inevitavelmente, pela adoção das inovações geradas na indústria (o *supplier*). Ao tentar incorporar algum grau de variabilidade entre os serviços, a tipologia de Miozzo e Soete (2001) apresenta o setor de comunicação, um dos vários tipos de serviço, enquadrado simultaneamente em dois setores diferentes: “science-based firms” e “network firms” (GALLOUJ, 1997).

Em outras palavras, as taxonomias neo-schumpeterianas se mostram inaptas para considerar as variadas trajetórias de inovação passíveis de serem adotadas pelos vários tipos de serviços. Com efeito, a aplicação neo-schumpeteriana do conceito de trajetória tecnológica não dá conta da heterogeneidade do setor de serviços. Para enfrentar essa questão, Gallouj (1997) sustenta a necessidade de recombinar a noção de trajetórias com a decomposição funcional dos serviços (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997; GALLOUJ, 2002), nos termos previstos por Gadrey (1991), ou seja, de acordo com os suportes da prestação do serviço. Isso implica o reconhecimento de que há possibilidade de coexistência, em um dado setor de serviços, numa única empresa de serviços ou mesmo numa determinada prestação de serviços, de diferentes operações de serviço (materiais, informacionais, metodológicas e relacionais). Essas operações podem ser combinadas em qualquer proporção, que, por sua vez, pode variar no tempo e no espaço, de acordo com o processo de qualificação em voga na relação de serviço considerada (vide seção 1.2.2).

Partindo dessa premissa, Gallouj (1999) se propõe a relacionar operações de serviço e trajetórias de inovação, direcionando esforços para a constituição de um modelo de análise mais adequado à diversidade do setor. Assim, as trajetórias de inovação em serviços podem resultar da combinação de diferentes operações de serviço que, por sua vez, procuram corresponder às expectativas geradas em torno da lógica de serviço considerada. Como podemos visualizar na ilustração abaixo (figura 5), o modelo de decomposição funcional de Gallouj (1999), além de adaptar as proposições originais de Gadrey (1991), introduz na análise do processo de inovação a noção de competências e permite articulá-la, ainda, com uma definição dos serviços em termos de características (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997; GALLOUJ, 2002a), tal qual discutida no capítulo anterior. O procedimento é perfeitamente coerente com a definição de serviços propostas por Gadrey (2000), em que o tipo de

capacidade com a qual o cliente/usuário está predominantemente em contato – capacidade humana (competência) ou capacidade técnica (material ou imaterial) – é uma das dimensões que definem as lógicas de serviço e, assim, permitem conceber uma determinada representação do serviço em termos de características finais do serviço (GALLOUJ, 2002a). Com a incorporação das competências, sustenta Gallouj (1999), as trajetórias de inovação consideradas passam a contemplar também as inovações não-tecnológicas, ou seja, inovações nas características finais do serviço que não resultam em um artefato ou em conhecimento incorporado a ele. As operações relacionais, sem intermediação de artefatos técnicos ou sistemas de informação codificada, mobilizadas somente pela capacidade humana – competências – correspondem ao que alguns considerariam os “serviços puros”, que, dessa forma, não são excluídos da análise.

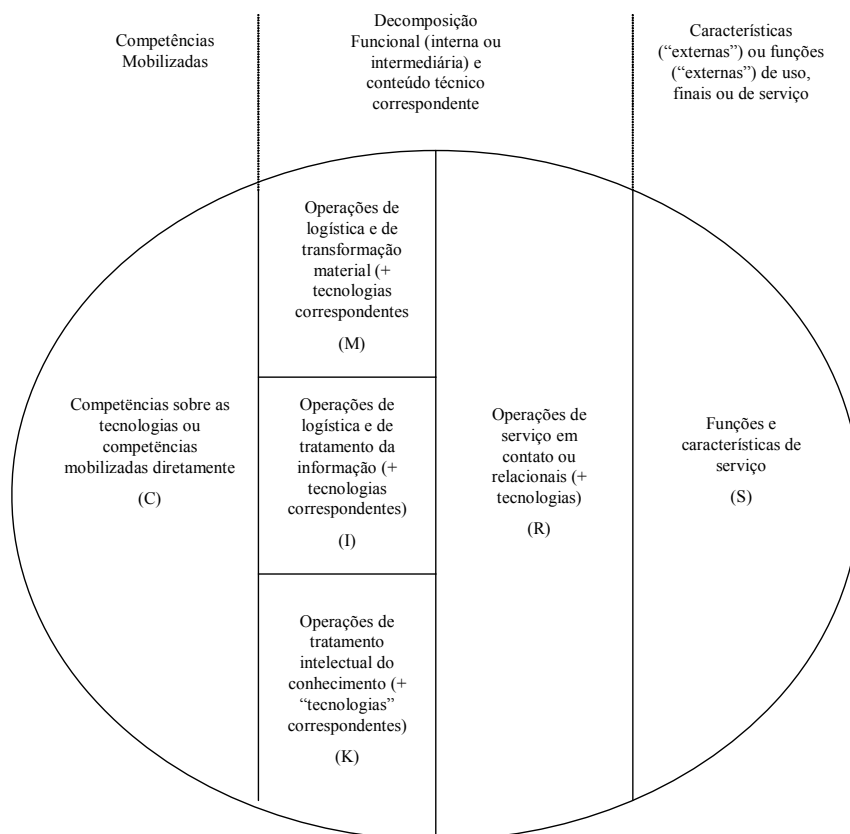


Figura 5 – A decomposição funcional do serviço (M, I, K, R) entre as competências mobilizadas (C) e as funções de serviço (S)

Fonte: Adaptado de Gallouj, 1999, p.152.

Esses novos componentes introduzidos no modelo da decomposição funcional, as competências e as características finais do serviço, são denominados por Gallouj (1999) de funções “externas” ao serviço, pois se referem a sua forma de utilização pelo usuário, desenhando suas características qualitativas finais, em contraponto às operações funcionais, que seriam “internas”, uma vez que se refeririam aos determinantes da produção do serviço. Essas competências, como vimos, poderiam ser mobilizadas diretamente, isto é, por meio da utilização direta do conhecimento específico de determinado prestador de serviço, seja esse conhecimento mais complexo, como no caso dos médicos e dos serviços de assistência médica, seja menos complexo, como no caso dos trabalhadores em serviços de limpeza, seja por intermédio de técnicas, referindo-se, então, à capacidade tecnológica posta em ação. É o caso dos serviços telefônicos, nos quais a utilização do serviço é condicionada por uma capacidade tecnológica do provedor, a qual podemos identificar, sumariamente, no caso da telefonia fixa, em centrais telefônicas compatíveis, instalação de cabos telefônicos e sistemas computadorizados que conduzem e completam as ligações telefônicas de um terminal a outro, além de um artefato, o aparelho telefônico, por meio do qual o usuário utiliza, finalmente, o serviço considerado.

A importância dessa percepção do papel das competências, tanto do prestador, quanto do usuário, presente na definição do serviço como um conjunto de características, permite uma correspondência entre um dos principais elementos das teorias neo-schumpeterianas, qual seja, o perfil da base de conhecimento que dá origem a determinadas inovações e, por conseguinte, o grau de apropriabilidade dessas inovações. Em outras palavras, as competências definidas por Gallouj (1999) dizem respeito, por um lado, ao quão tácito ou quão explícito é o conhecimento em jogo para a prestação do serviço e, por outro, a quem pertence esse conhecimento e, assim, quem poderá se apropriar dos resultados da inovação. Como já nos demonstra a literatura neo-schumpeteriana, ao analisar o setor manufatureiro (Dosi, 1988), as diferenças na base de conhecimento de uma firma ou de um setor estão na raiz da heterogeneidade das trajetórias seguidas pelas firmas, ou pelos setores e, portanto, constituem um dos elementos fundamentais para compreendermos a variabilidade das trajetórias de inovação possíveis em serviços e, mais do que isso, da própria heterogeneidade entre os setores de serviços. O quadro 1, logo abaixo, ilustra essa proposição. As combinações entre as diferentes operações de serviços correspondem às lógicas de serviço predominantes, as quais atuam, nesses casos, como ambientes de seleção, no sentido definido pelos teóricos evolucionários (NELSON; WINTER, 1982, SAVIOTTI; METCALFE, 1991). É a partir

dessas combinações que podemos identificar os padrões ou as trajetórias de inovação que, potencialmente, as firmas poderão percorrer.

Quadro 1 – A variedade de trajetórias de inovação em serviços

CONFIGURAÇÃO		NATUREZA DO PRODUTO (componentes funcionais internos ou externos privilegiados)	TIPOS DE TRAJETÓRIAS
UNIDIMENSIONAL (OU UNÍVOCA)		Somente um dos componentes funcionais é considerado ou importa na definição do produto do serviço.	Cada uma das trajetórias genéricas constitui o sentido de evolução exclusiva de uma firma ou setor.
COMBINATÓRIA	SEPARADA	Os diferentes componentes funcionais que contribuem para o produto do serviço são considerados.	As diferentes trajetórias genéricas coexistem na mesma firma ou no mesmo setor, sem interferir.
	HÍBRIDA		As trajetórias são complementares e indissociáveis.
EVOLUCIONÁRIA (coeficientes variáveis)	POR SEDIMENTAÇÃO	Os diferentes componentes funcionais do produto do serviço são considerados por meio da evolução do seu peso relativo ao longo do tempo.	A busca decidida de uma trajetória não exclui as outras.
	POR EXCLUSÃO (OU SUBSTITUIÇÃO)		A busca decidida de uma trajetória exclui as outras.
	POR DETERMINAÇÃO OU CAUSAL		A busca decidida de uma trajetória determina a trajetória de outra.

Fonte: Adaptado de Gallouj, 1999, p.156.

Essas combinações estão qualificadas na coluna “configuração”, na qual podemos encontrar situações “unidimensionais” (ou unívocas) em que somente uma lógica funcional é determinante na definição do produto do serviço e, portanto, sua evolução determina a própria trajetória de inovação da firma. Além dessa situação, mais simples e, por isso, mais rara, encontramos configurações “combinatórias” nas quais várias lógicas funcionais interferem na natureza do produto, de forma independente ou híbrida, resultando na coexistência de várias trajetórias de inovação. No caso mais complexo, verificam-se, ainda, as configurações

“evolucionárias”, que são instituídas pelas interações entre múltiplas lógicas funcionais, ou operações de serviço, que influenciam, por “sedimentação”, “exclusão” ou “determinação”, as trajetórias das empresas ou do setor. A busca de uma trajetória específica, no caso da “sedimentação”, não exclui a influência das outras, ao passo que, na “exclusão”, há supressão das demais trajetórias. Na “determinação”, por sua vez, a busca de uma trajetória definida determina a trajetória das demais lógicas funcionais.

Portanto, as combinações possíveis entre as operações de serviço justificam o pressuposto de que há assimetria, e não homogeneidade, entre firmas e setores de serviços. Essa análise, ao mesmo tempo baseada nas idiossincrasias do setor de serviços e num forte componente dinâmico e evolucionário, ao propor a retomada da noção de trajetórias, permite vislumbrar, mais uma vez, a retomada de um enfoque evolucionário da inovação em serviços. O exame da abordagem evolucionária dos sistemas de inovação, proposto a seguir, traz à tona, mais uma vez, os desafios desse esforço.

2.2.3 Sistemas de inovação e serviços

Vários trabalhos têm abordado a pertinência do estudo da inovação em serviços sob a perspectiva da análise de sistemas de inovação (HAUKNES, 1996; HAUKNES, 1998; SUNDBO; GALLOUJ, 2000). Essa linha de investigação possui um interesse fundamental, o de abordar as inovações em serviços numa perspectiva sistêmica, ou seja, o de afastar uma perspectiva de considerar as inovações em serviços como pontuais, algo como “boas práticas” isoladas, que não se prestariam a uma investigação sistemática. Duas abordagens, assentadas em resultados empíricos, são destacadas aqui: por um lado, a análise de Sundbo e Gallouj (2000), inserida no que podemos denominar de lógica espacial da abordagem dos sistemas de inovação, segundo a qual os autores identificam os sistemas de inovação em serviços como sistemas *adocráticos*; e, por outro, a aplicação do conceito de sistema setorial de inovação, proposto por Malerba (2002; 2004) ao setor de serviços, empreendida por Tether e Metcalfe (2004).

Sundbo e Gallouj consideram que um sistema de inovação pode ser entendido como “um padrão geral que pode descrever as atividades de inovação em um setor, neste caso no setor de serviços” (SUNDBO; GALLOUJ, 1998a, p.18). Tal sistema poderia apresentar, segundo os autores, duas configurações genéricas:

a) **Sistemas de inovação institucionais:** no qual as relações entre os atores do sistema seguem certos padrões. Em especial, as relações de cooperação estão formalizadas por meio

de contratos de longo prazo ou de normas tácitas difundidas ao longo do tempo e plenamente reconhecidas por todos.

b) **Sistemas de inovação “adocráticos”**²⁵: alternativamente, as relações nesse tipo de sistema não podem ser explicadas por leis, regras ou normas; “... é composto de certos atores, certas trajetórias de desenvolvimento dentro de importantes campos como tecnologia, administração, etc. e algumas formas de comportamento que são comuns para o setor em análise” (p.18). As ações em seu âmbito são guiadas por trajetórias gerais e as relações de cooperação são pontuais. É um sistema voltado mais para a competição no mercado e menos para a constituição de “mercados organizados”, nos termos de Lundvall (1988).

A partir da análise de evidências empíricas²⁶ sobre os padrões típicos de inovações verificados em serviços, os autores concluem que não há um sistema de inovação para o setor de serviços em geral. Entretanto, consideram que, embora poucos subsectores de serviços apresentem trajetórias coerentes, há a dominação de determinados padrões de inovação, em especial de um padrão de gestão estratégica da inovação, entendido como aquele que reúne todos os elementos definidos como forças externas e internas, com exceção da existência de um departamento ou outro órgão qualquer formalmente instituído para gerar inovações. O caráter ocasional das relações estabelecidas no interior desse sistema os leva a concluir, no entanto, que os sistemas de inovação em serviços são adocráticos, ou seja, como definimos anteriormente, são sistemas mediados prioritariamente pelo mercado, por meio do mecanismo de preços, e possuem, assim, um componente operacional predominante em relação aos componentes estratégicos vigentes nas relações de cooperação observadas em sistemas manufatureiros.

Esse caráter “adocrático” não permite, no entanto, descuidar da importância que especificidades locais jogam no processo de inovação em serviços. Em especial, não permite desconhecer a presença de um processo de aprendizagem coletiva regional (KEEBLE; WILKINSON, 1999). Esse processo está na essência do setor de serviços pela relevância das relações usuário-produtor, ou seja, do processo interativo que se estabelece, com maior ou menor intensidade, na relação de serviço. Lundvall (1988) aponta como essas relações estão

²⁵ Sundbo e Gallouj (1998a) utilizam o termo “*loosely coupled*” system. Por conveniência, e resguardando o sentido original, entendemos que o termo “adocrático” é o que pode representar a melhor tradução.

²⁶ Os dados que sustentam a análise de Sundbo e Gallouj (1998a; 2000) resultam do projeto SI4S (Services for Innovation – Innovation for Services), sob coordenação do Step Group, de Oslo, Noruega. O projeto reuniu onze grupos de pesquisa, de dez países. Seus dados provêm de *surveys* realizadas na Dinamarca, na França e na Noruega, envolvendo diferentes ramos de serviços, entrevistas com especialistas e análises dos dados macroeconômicos disponíveis. Os resultados completos do trabalho do projeto SI4S podem ser acessados em <http://www.step.no/old/Projectarea/si4s/start.htm>.

cultural e localmente delimitadas, o que influencia o ritmo e a direção do processo de inovação. A pertinência desta abordagem sistêmica e de sua conformação espacial é um dos pontos de contato mais importantes na perspectiva de integração de uma teoria da inovação que congregue indústria e serviços. Sundbo e Gallouj (1998a), no entanto, estenderam sua visão de uma relação “assistêmica” para sua análise da dimensão espacial e concluíram que os sistemas e os subsistemas de inovação verificados em serviços não possuem uma dimensão sequer nacional, podendo ser compreendidos apenas como sistemas internacionais, e que a internacionalização está intimamente ligada ao seu potencial inovador. Essa conclusão, baseada nos critérios de coerência e repetição dos padrões de inovação encontrados, deve ser avaliada com cautela. Tal advertência está centrada no escopo do estudo proposto, que, seguindo as aplicações do conceito de sistemas de inovação no setor manufatureiro (LUNDVALL, 1988; 1992; 1998, NELSON, 1988; 1993, FREEMAN, 1987; 1988; 1995), utilizou uma análise nacional do sistema de inovação em serviços. Considerando a diversidade do setor de serviços e suas peculiaridades em relação à manufatura e a impossibilidade de restringir as cadeias de valor que concorrem para a produção de serviços às fronteiras nacionais (CHESNAIS, 1996), o que foi ressaltado pelos atores ao mencionar a internacionalização desses sistemas, era de se esperar que a análise de Sundbo e Gallouj não identificasse padrões coerentes e repetidos de inovação. A variabilidade que valeu a classificação desses sistemas como “adocráticos” pode ser considerada inerente ao setor de serviços e está na base das mais pertinentes críticas que Sundbo e Gallouj capitaneiam, em várias oportunidades, e de forma absolutamente pertinente, contra as abordagens tecnicistas (SUNDBO, 1997; GALLOUJ, 2002). É nessa direção que um enfoque setorial nos parece uma importante alternativa para analisar os sistemas de inovação em serviços, permitindo, aí sim, identificar relações institucionais que podem ou não ser geograficamente delimitadas.

O conceito de sistema setorial de inovação considerado aqui é um componente do conceito de sistema setorial de inovação e produção proposto por Franco Malerba (2002; 2004). Em suas palavras,

Um sistema setorial de inovação e produção é um conjunto de novos e estabelecidos produtos para usos específicos e o conjunto de agentes levando a cabo interações mercadológicas e não-mercadológicas para a criação, produção e venda destes produtos. (MALERBA, 2002, p.50, tradução nossa).

Obviamente, nosso foco no sistema setorial de inovação, um corte analítico previsto por Malerba (2002), destaca a análise do processo de criação de novos produtos. Malerba

(2002) situa sua proposta dentro de um marco teórico evolucionário, com forte presença das abordagens sistêmicas desenvolvidas no bojo dessa tradição. Por isso, seu sistema setorial compartilha das principais categorias de análise evolucionárias, com destaque à interação dos agentes que compõem o sistema, interação mediada por instituições (CORIAT; WEINSTEIN, 2002). Esse processo de interação, por sua vez, encontra-se na raiz da evolução do sistema, o que lhe confere um caráter essencialmente dinâmico, não estático, já que o sistema evolui, alterando-se sua composição, sua base de conhecimento e, mesmo, seus componentes. Como o autor explicita,

a noção de sistema setorial põe ênfase na estrutura do sistema em termos de produtos, agentes, conhecimento e tecnologias e sobre sua dinâmica e transformação. Em termos gerais, pode-se dizer que um sistema setorial é um resultado que emerge do coletivo, da interação e co-evolução de seus vários elementos (MALERBA, 2002, p.251, tradução nossa).

E quais são esses elementos? Malerba identificou os seguintes: os produtos do sistema, os agentes (organizações empresariais e não-empresariais, assim como organizações em diferentes níveis de agregação e indivíduos), o conhecimento e o processo de aprendizagem, as tecnologias básicas, insumos, demanda e as ligações e as complementaridades relacionadas, os mecanismos de interação internos e externos às firmas, os processo de competição e seleção (nos quais as inovações jogam papel fundamental) e as instituições, compreendidas como padrões, regulação, mercado de trabalho e outros fatores. A seguir, analisamos os elementos fundamentais, definidos pelo autor como os “building blocks” de um sistema setorial.

Base de conhecimento e processo de aprendizagem

A base de conhecimento é uma categoria essencial na teoria evolucionária. Como demonstra Dosi (1988), o conhecimento tácito, que não é facilmente explicitado, e por isso tem um alto grau de especificidade no interior de uma firma ou de um setor, é uma das principais fontes de diferenciação entre as firmas. Malerba (2002) retoma essa importância e considera a análise da base de conhecimento um elemento fundamental para caracterizar um determinado sistema setorial. A base de conhecimento difere entre os setores em termos de “domínios”. Em geral, os domínios considerados pelos evolucionários estão relacionados com os campos de conhecimento por trás das principais inovações de um setor; em outras palavras, está relacionado com as **oportunidades de conhecimento (knowledge opportunity)**. O autor propõe, no entanto, outros “domínios” para essa análise, quais sejam:

- **A acessibilidade do conhecimento (knowledge accessibility):** a acessibilidade está relacionada com a possibilidade de obter conhecimento externo à firma (MALERBA; ORSENIGO, 2000). Esse conhecimento pode estar acessível dentro ou fora do setor. Internamente, ele pode ser obtido por meio de produtos e serviços ofertados pelos concorrentes, em relações de cooperação empresarial ou com instituições vinculadas ao setor. Externamente, a acessibilidade está relacionada com as fontes de conhecimento científico e tecnológico disponíveis, incluída aí a disponibilidade de trabalhadores qualificados. A acessibilidade está relacionada fortemente com a possibilidade de apropriação do conhecimento. Em geral, alta acessibilidade está associada com baixa possibilidade de apropriação, sendo verdade também o contrário. Em decorrência, a mesma relação inversamente proporcional pode ser esperada entre acessibilidade e grau de concentração em um setor. Quando a acessibilidade externa é alta, especialmente, há uma tendência para que as barreiras à entrada no setor sejam baixas, reforçando essa tendência à desconcentração do setor. As fontes de conhecimento, por sua vez, variam muito entre os setores. Em alguns, as universidades exercem um papel fundamental; em outros, são os consumidores que jogam um papel crucial. Assim, a análise da acessibilidade informa várias peculiaridades de um determinado setor.
- **A possibilidade de acumulação de conhecimento (knowledge cummulativity):** nesse domínio, está sob avaliação o grau em que o novo conhecimento gerado no setor se baseia no conhecimento estabelecido. Esta possibilidade de acumulação de conhecimento pode ser relacionada a três fatores: a) a dinâmica do processo de aprendizagem, b) as capacidades organizacionais ou, em outras palavras, a capacidade de aprendizado de uma determinada firma e c) os *feedbacks* do mercado, uma vez que iniciativas inovadoras bem-sucedidas induzem a mais investimentos em inovação.

Segundo Malerba, “a acessibilidade, a oportunidade e a possibilidade de acumulação de conhecimento são dimensões-chave do conhecimento relacionadas com a noção de regimes tecnológicos e de aprendizagem, os quais diferem entre os setores” (MALERBA, 2002, p.252, tradução nossa). Quanto maiores as oportunidades de conhecimento disponíveis, maiores os incentivos dos agentes para o investimento em inovação. Entretanto, isso precisa ser balizado pela possibilidade de apropriação desse conhecimento, ou seja, pela possibilidade de que esse conhecimento seja fonte de diferencial para a firma, o que seria inversamente proporcional à acessibilidade do conhecimento. Por sua vez, a possibilidade de acumulação está relacionada

com a idiosincrasia do conhecimento no setor, com o nível de conhecimento tácito envolvido, e pode ser uma importante barreira à entrada. Nesse caso, a tendência é que o setor seja mais concentrado, com um reduzido número de empresas inovadoras impondo uma vantagem competitiva enorme em termos de inovações. Como procura demonstrar Malerba (2004), a base de conhecimento está fortemente relacionada com os padrões de inovação encontrados em cada setor e afeta diretamente a maneira pela qual as firmas organizam o processo de inovação, constituindo uma poderosa ferramenta para assegurar uma interpretação que contemple diversidade entre as firmas e entre os setores.

Tecnologias básicas, insumos e demanda com ligações-chave e complementaridades dinâmicas

Os setores podem ser acentuadamente diferentes em termos das tecnologias em uso. Para cada setor, afirma Malerba (2002), há uma relação verificada entre seus produtos e, portanto, sua demanda, e as tecnologias necessárias para sua produção. Constitui-se, assim, uma *matriz tecnologia-produto*, e insumo-produto também, cujos contornos são setorialmente específicos. Embora uma tecnologia possa atuar em diferentes setores, as combinações setoriais tenderiam a apresentar uma grande singularidade. Essas combinações, juntamente com o perfil da demanda, tendem a estabelecer os principais determinantes para a organização da produção e das atividades inovadoras no interior das firmas, obviamente, mediadas pelas capacidades organizacionais de cada uma delas. Nas palavras do autor,

Tecnologias básicas e demanda constituem os principais limites sobre o intervalo total de diversidade no comportamento e organização das firmas atuantes num sistema setorial. E, obviamente, estes limites diferem de setor para setor em relação às tecnologias básicas e demanda. Um dado ambiente tecnológico ou a demanda define a natureza dos problemas que as firmas têm para resolver suas atividades de produção e inovação e os tipos de incentivos e limites para comportamentos e formas de organização particulares (MALERBA, 2002, p.254, tradução nossa).

Juntamente com a matriz tecnologia-produto e o perfil da demanda, as ligações-chave e complementaridades dinâmicas – às primeiras relacionadas com as parcerias estabelecidas entre as organizações do setor, firmas e outras organizações, e a segunda dizendo respeito às complementaridades entre produtos — constituem os elementos definidores das fronteiras do setor. Essas relações não possuem, *a priori*, qualquer limitação geográfica, tal qual um sistema nacional de inovação, ou setorial tradicional, no sentido em que os setores são definidos nas classificações econômicas nacionais. A evolução das tecnologias, ou das combinações tecnológicas, do perfil da demanda e, fundamentalmente, das interações

setoriais, determinam o ritmo de desenvolvimento do setor, constituindo os elementos fundamentais para compreensão de sua evolução e, assim, para assegurar o componente dinâmico de sua análise.

Os agentes do sistema e a formação da estrutura setorial

O agente fundamental do sistema setorial são as firmas (ou empresas, termos que estamos usando indistintamente) envolvidas nas atividades de produção e inovação. Partindo do marco teórico evolucionário, Malerba afirma que as firmas são caracterizadas por “crenças específicas, expectativas, competências e organização e são engajadas em processo de aprendizagem e acumulação de conhecimento” (MALERBA, 2002, p.255, tradução nossa). Esses agentes fundamentais podem ser então compreendidos como organizações que operam mercadologicamente visando ao lucro e, para alcançar e sustentar vantagens competitivas em sua atuação, estabelecem relações com outras firmas, envolvidas diretamente no processo produtivo ou não, e com organizações sem fins lucrativos, ou não empresariais.

No caso das relações interfirmas, devem ser consideradas as relações com usuários e fornecedores, nos termos da relação usuário-produtor de Lundvall (1988). Essas relações, tipicamente verticais, associadas às relações horizontais, àquelas estabelecidas com os pares, possuem graus de importância variados, com determinados papéis desempenhados por usuários, por fornecedores ou competidores, conformam os diferenciais entre um setor e outro. Assim, setores emergentes, baseados na biotecnologia, por exemplo, precisam de perfis de financiamento do tipo capital de risco, ao passo que setores mais tradicionais requerem instituições que possam trabalhar com volumes maiores em linhas de crédito habituais. Essas variações são determinadas, por sua vez, por fatores tais como a base de conhecimento predominante no setor, a trajetória do setor até então, em que podem ser avaliados fenômenos do tipo “path dependence” (TEECE, 1986) e o perfil e as preferências da demanda. Esses fatores estabelecem as diferenças entre as firmas de um setor e as de um outro qualquer. Assim, há não somente diferenças, mas razões diferentes para as diferenças setoriais.

Às relações interfirmas, precisamos adicionar considerações sobre as relações com as organizações não-empresariais, ou sem fins lucrativos, tais como universidades, agências de regulação, governo, em suas várias esferas, instituições de financiamento²⁷ e associações

²⁷ Embora as instituições de financiamento sejam, em muitos casos, firmas, no sentido de que são organizações empresariais que visam a lucros, elas não são consideradas firmas no sistema setorial em questão, pois interferem na formatação do sistema, mas não incidem diretamente nas atividades de produção ou inovação, ou seja, não fazem parte da cadeia de valor do setor.

empresariais, entre outros. Logo, as relações entre os agentes, sejam firmas, sejam não-firmas, estabelecem os contornos reais do sistema setorial. Esses contornos extrapolam questões geográficas, nacionais ou regionais, que terão peso específico de acordo com as características do setor, e podem ser considerados de acordo com o interesse de análise. Isso permite também, segundo Malerba (2002), que indivíduos, subunidades de firmas importantes ou grupos de firmas, sejam incorporados adequadamente à análise, sem inviabilizar o enfoque setorial. Essa estrutura setorial, como já mencionamos, extrapola o conceito tradicional de estrutura setorial.

Instituições

Seguindo trabalhos como os de Coriat; Dosi (1995) e Coriat; Weinstein (2002), Malerba define instituições como “normas, rotinas, hábitos comuns, práticas estabelecidas, regras, leis, padrões e outros elementos, que delimitam a cognição e ação dos agentes e afetam as interações entre os agentes” (MALERBA, 2002, p.257, tradução nossa). Como já é largamente discutido na literatura sobre sistemas de inovação, as instituições conferem marcas características a um setor, contribuindo para a conformação dos mercados setoriais (CORIAT; DOSI, 2002, NELSON; NELSON, 2002). Obviamente, elas terminam por impor marcas distintas importantes entre os setores²⁸. Algumas questões importantes a serem verificadas, destaca Malerba (2002), são o impacto das instituições de caráter nacional, e internacional em alguns casos, sobre a lógica setorial, e a constituição de instituições setoriais. As trajetórias institucionais constituem um elemento decisivo para a análise da evolução de sistemas setoriais de inovação, como, de resto, é bastante destacado na literatura específica sobre serviços (LAKSHMANAN, 1989).

Processos de geração de variedade e de seleção

Os conceitos de processo de geração de variedade e seleção são fundamentais para a compreensão do pensamento evolucionário sobre o progresso técnico, especialmente no ponto da constituição da heterogeneidade intra e intersetorial, o qual temos tanto reiterado aqui²⁹. Para nossos propósitos, basta compreendermos como esses processos atuam nos sistemas setoriais.

²⁸ No caso da configuração dos ramos ou setores de serviços, vimos no capítulo anterior que as instituições jogam um papel importante na definição dos processos de qualificação (Barcet; Bonamy, 1994; Callon; Méadel; Rabeharisoa, 2002) no curso das relações de serviço.

²⁹ Tais conceitos podem ser analisados em maior profundidade em Nelson e Winter (1982) e Nelson (1995).

O processo de geração de variedade refere-se ao desenvolvimento de novas tecnologias, novos produtos, surgimento de novas firmas e instituições, bem como à adoção de novas estratégias e comportamentos. A diversidade que esse processo gera está relacionada diretamente com a base de conhecimento e, por sua vez, se manifesta na própria estrutura de concentração setorial, no ritmo e nas trajetórias de inovação, bem como na natureza dos agentes que passam a surgir ou integrar o setor. O processo de seleção, em direção não oposta, mas complementar, vem reduzir a heterogeneidade, ao selecionar “as espécies” que perecerão e aquelas que evoluirão. Em outras palavras, estabelece parâmetros para evolução setorial, segundo determinados tipos de firmas, produtos, processos, estratégias e tecnologias. Esse processo pode atuar via mercado, no qual se destacaria o perfil da demanda como parâmetro de seleção, pela via institucional ou por algum tipo de arranjo entre essas duas formas (Malerba, 2002). É notório que em determinados serviços médicos, na telefonia, nos transportes e em indústrias onde a questão ambiental é particularmente sensível, além de outros tantos setores, os aspectos regulatórios podem exercer um efeito seletivo tão ou mais importante do que o jogo de mercado. Em síntese, o processo de seleção envolve aspectos econômicos, sociais e institucionais que delimitam os padrões de evolução e, por conseguinte, os retornos crescentes decorrentes da adoção desses padrões (GREEN et al, 1999).

Portanto, os processos de geração de variedade e de seleção estabelecem diferenciações de dois níveis entre os sistemas setoriais: *diferenciações extensivas*, no primeiro caso, diagnosticadas pela ampliação do número de agentes no setor, e *diferenciações intensivas*, no segundo, caracterizadas pela preponderância de determinados padrões ao longo da evolução do setor. Mais do que a identificação dos elementos que atuam na determinação desses processos, torna-se fundamental a compreensão da dinâmica resultante de sua interação, a qual está na raiz da própria possibilidade de evolução dos sistemas setoriais.

Essa evolução, por sua vez, pode advir de mudanças provocadas por qualquer agente do sistema e, assim, estar relacionada com o progresso técnico, com os aspectos institucionais, com a base de conhecimento, com alterações nos arranjos organizacionais ou mesmo com o perfil da demanda. Logo, as fontes da evolução nos sistemas setoriais não possuem um viés tecnicista, podendo esta ser explicada tanto por inovações de produto, de processo ou de matéria-prima com conteúdo tecnológico predominante quanto por inovações de processo, de mercado ou organizacionais que não guardem vínculo direto com determinantes tecnológicos. Mais do que isso, uma vez que o produto do sistema setorial é resultante da interação entre seus agentes, o processo de transformação engendra, na verdade, um processo de co-evolução

desses agentes. Essa lógica sistêmica, que apresenta uma cadeia de valores técnicos, comportamentais, administrativos e institucionais na elaboração de um produto, implica que este processo co-evolucionário é setorialmente delimitado, sendo, em seu conjunto, a principal causa das diferenciações setoriais que podem ser verificadas.

O conceito de sistemas setoriais de produção e inovação soa muito sedutor para uma aplicação no setor de serviços. Muitas das dificuldades mencionadas inicialmente parecem adequadamente superadas por esse enfoque. A noção do produto como elemento em torno do qual se articula o sistema de produção e inovação, por exemplo, rompe com vários obstáculos que abordagens setoriais tradicionais encontram no estudo dos serviços, dado que, sob essa ótica, muitas das atividades de serviço implicam o envolvimento de múltiplos setores, impedindo uma coerência entre as categorias de análise. Outro aspecto importante é que a conformação setorial, da maneira como é definida e como seus elementos são articulados por Malerba (2002), assegura uma flexibilidade ímpar para que sejam envolvidos agentes de todos os tipos e para que as interações entre eles seja analisada com a devida relevância. Em outras palavras, o foco de análise setorial, nessa perspectiva, não perde a visão sistêmica, aspecto muitas vezes confuso nas investigações sobre inovação em serviços. Ao mesmo tempo, o próprio conceito de inovação presente nessa abordagem, coerente com a perspectiva schumpeteriana e fortemente relacionado com a interpretação evolucionária, permite uma análise da dinamicidade dos setores e de sua heterogeneidade, bem como da heterogeneidade dos agentes que o compõe, sem o risco de incorrerem em negligências conceituais.

Porém, os sistemas setoriais oferecem também alguns riscos importantes para essa aplicação tão sedutora. Embora o próprio Malerba mencione sua preocupação em estender esse enfoque aos serviços, poucos são os exemplos mencionados, e os trabalhos publicados (Malerba, 2004) que não recorrem à atividade manufatureira. Uma das principais características da produção de serviços, e das relações de serviço em geral, a participação do cliente/usuário é praticamente deixada de lado no modelo ou, ao menos, resta subsumida dentro da discussão do ambiente de seleção (GEELS, 2004). Quando da análise das trajetórias de evolução, ou co-evolução dos sistemas, por sua vez, ainda que a previsão teórica indique várias fontes de inovação, transparece a vinculação com o enfoque tecnicista, uma herança dos estudos taxonômicos que, especialmente pela ênfase atribuída ao conhecimento científico e tecnológico na definição dessas trajetórias, permanece viva nos estudos setoriais. Mas talvez a principal ameaça à aplicação desse enfoque resida na definição do produto, mais especificamente, na definição do produto do serviço. É importante lembrarmos que o produto é o ponto de articulação de todo o sistema setorial, tal qual definido por Malerba (2002;

2004). É ao adotar o produto como ponto de vista, ou quem o define, no caso a demanda, que podemos visualizar o sistema setorial que se organiza para sua produção e, quando uma atividade de resolução de problemas se torna necessária, o seu sistema setorial de inovação. Fica bastante intuitivo analisarmos um determinado bem e tentarmos inferir as bases de conhecimento que estão por trás da sua produção, ou mesmo as oportunidades tecnológicas que influenciaram sua evolução, por meio, por exemplo, da matriz tecnologia-produto³⁰. No caso do produto de um serviço, como a assistência médica, uma consultoria, um pacote turístico, uma ligação telefônica, uma entrega postal, entretanto, esse exercício torna-se um tanto mais complexo, sobretudo pela reduzida atenção conferida à demanda, como mencionamos acima. Não resta dúvida, portanto, de que a aplicabilidade desse enfoque está diretamente relacionada com a adaptação de muitos dos seus elementos às especificidades da produção e da inovação em serviços, especificidades que procuramos apresentar em nosso primeiro capítulo.

Tether e Metcalfe (2004) se encarregam dessa tentativa de adaptação³¹. Esses autores partem de uma revisão da literatura sobre inovação em serviços similar à que foi desenvolvida aqui, na qual identificam alguns dos problemas das taxonomias “neo-schumpeterianas industrialistas”, ao mesmo tempo em que criticam a abordagem de Sundbo e Gallouj (2000), que, embora enfatize corretamente, do seu ponto de vista, o caráter interativo do processo de inovação em serviços, o fazem em um nível muito geral, o que confere um viés a sua conclusão de que a inovação em serviços ocorre por meio de “loosely coupled systems”. Portanto, de uma revisão crítica que guarda algumas correspondências com a nossa, Tether e Metcalfe (2004) chegam à mesma preocupação quanto à necessidade de analisar a inovação em serviços sob um ângulo setorial dinâmico.

No referido trabalho, os autores analisam três setores de serviços, delineados a partir de três problemas que os envolvem. No primeiro caso, dedicaram-se a analisar a necessidade de expansão da capacidade de aeroportos *vis-à-vis* a impossibilidade de ampliação desses. Assim, focaram sua análise em inovações introduzidas no serviço de controle de vôo, as quais permitiram que esses aeroportos, alguns dos mais concorridos do mundo – a saber, Frankfurt,

³⁰ Valendo-nos de uma abordagem como a proposta por Callon (1986) e Latour (2005), poderíamos decifrar as inscrições dos vários agentes setoriais que poderiam ter dado formato final ao produto. Em serviços, a imaterialidade do produto torna essa tarefa mais delicada, embora perfeitamente possível. Voltaremos a esse ponto no próximo capítulo.

³¹ Cabe ressaltar que a adaptação proposta por estes autores (TETHER; METCALFE, 2004) não se utiliza da definição dos serviços que apresentamos e adotamos aqui. Como discutiremos ao final deste capítulo, talvez este seja um dos principais limites da abordagem que eles desenvolveram.

London Heathrow e London Gatwick –, ampliassem seu fluxo de aterrissagens e decolagens sem ampliação de suas pistas. No segundo caso, os autores debruçaram-se na evolução de um serviço de saúde considerado dos mais requisitados, os oftalmológicos, mais especificamente nos procedimentos voltados à remoção de cataratas, a partir da introdução das lentes intra-oculares. Nesse ponto, os autores enfatizam como o desenvolvimento das lentes intra-oculares movimentou setores de industriais e de serviços, conduziu modificações nos procedimentos médicos e provocou um deslocamento geográfico do processo de inovação, o qual, tendo iniciado nos hospitais europeus por intermédio da atuação de médicos, tornou-se uma atividade majoritariamente desenvolvida pelas grandes multinacionais norte-americanas fabricantes de equipamentos médico-hospitalares. Nesses dois casos, é possível perceber como vários atores econômicos e institucionais, os agentes do sistema nos termos de Malerba (2004), se envolveram nos processos, visto que tanto o tráfego aéreo quanto os serviços médicos, em diferentes proporções, estão submetidos a fortes regulamentações. Mais do que isso, pode-se observar como a evolução dos processos de inovação esteve diretamente relacionada com o desenvolvimento de todos esses agentes, engendrando importantes laços co-operativos e corroborando a tese evolucionária interpretada por Malerba de que o processo de inovação desses setores é um processo de co-evolução de seus agentes (Malerba, 2002; 2004). O último caso refere-se ao setor supermercadista e analisa os efeitos das inovações nos serviços de distribuição sobre a organização do setor, estabelecendo uma comparação entre os casos britânico e sueco. Esse estudo comparativo permitiu ressaltar as influências institucionais na definição das trajetórias de inovação que o processo de distribuição assumiu diversamente nos dois países.

Em todos os casos, há dois pontos comuns que devem ser cuidadosamente analisados. Primeiro, aeroportos, serviços de cirurgia oftalmológica e supermercados atuam como “nós” de uma cadeia de valor muito mais complexa que permeia vários setores, no sentido das classificações tradicionais, tanto setores manufatureiros quanto de serviços, o que, na opinião dos autores, é prova da crescente simbiose entre manufatura e serviços. Segundo, os autores concluem que a articulação desses sistemas setoriais não é tão simples em serviços, pela dificuldade de diferenciarmos produtos de processos. No esforço de superar essa dificuldade, afirmam que os sistemas setoriais de inovação em serviços precisam, dada a sua complexidade, ser articulados em torno de problemas específicos a serem resolvidos. No caso dos aeroportos, para exemplificar, o sistema de inovação em questão seria o que se articula em torno da necessidade de otimizar a capacidade de pousos e decolagens nos aeroportos. No serviço oftalmológico, o sistema de inovação articular-se-ia em torno da necessidade de

desenvolver um processo mais eficiente e eficaz para a solução do problema de catarata. Por fim, os supermercados seriam o nó de uma rede que se articula para solucionar o problema da distribuição. A justificativa para esse enfoque está na necessidade de escapar dos cortes setoriais típicos, que permaneceriam seguindo os padrões classificatórios, nos quais se abordaria de forma isolada, por exemplo, o setor químico, o setor de serviços prestados às empresas, o setor de transporte aéreo, o setor de fabricação de máquinas e equipamentos e assim por diante.

Esta construção final, do sistema de inovação articulado em torno de problemas a serem resolvidos em serviços, dá origem ao modelo proposto pelos autores: o sistema de inovação centrado em problemas (ou oportunidades) e contingencial (TETHER; METCALFE, 2004). Seria, portanto, um nível microssistêmico de análise no qual, em vez de o foco estar no setor como um todo, ou em um produto gerado pelo sistema setorial, ele está direcionado para um problema na prestação de um serviço específico, analisando a trajetória das inovações desenvolvidas para solucioná-lo. Nesse nível, as organizações que prestam serviços finais – quiçá setores, projetos ou equipes envolvidas – são o foco mais importante, pois são elas que podem combinar todas as contribuições voltadas para a solução do problema específico.

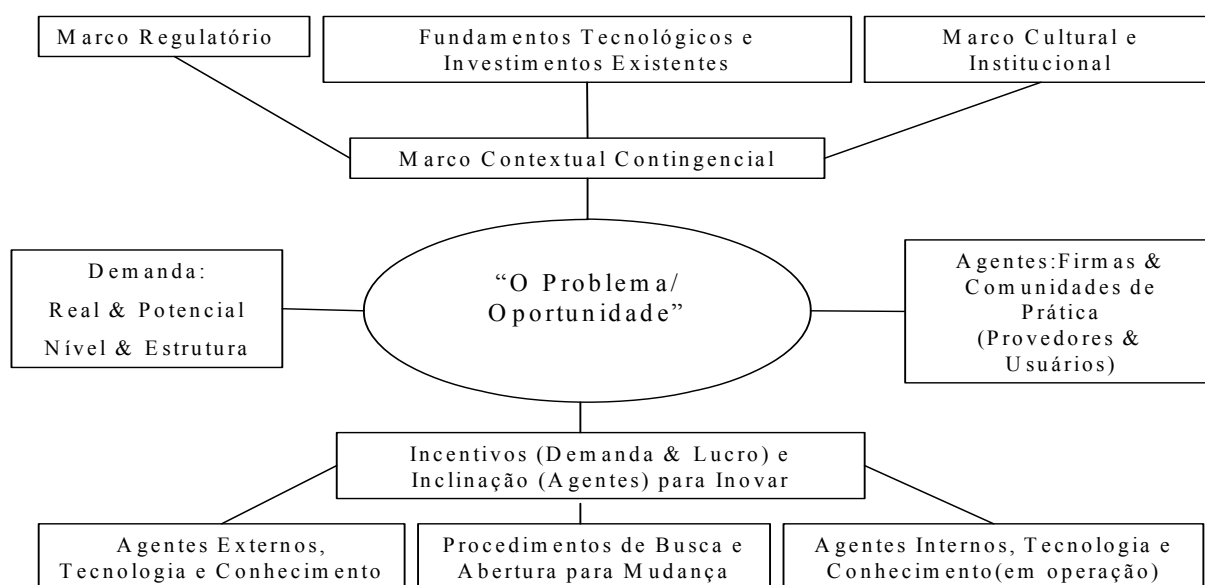


Figura 6 – O sistema de inovação centrado em um problema ou oportunidade

Fonte: Adaptado de Tether; Metcalfe, 2004, p.319.

Em suas considerações, Tether e Metcalfe afirmam que essa perspectiva é uma contribuição importante para a abordagem dos sistemas de inovação, uma vez que, em suas palavras,

Cada sistema é constituído por elementos em múltiplos níveis, transnacionais e nacionais, setoriais e regionais, mas o que importa para o atual curso da inovação é seu elemento microssistêmico. Os sistemas que geram inovações não ocorrem ‘naturalmente’ (ou inevitavelmente) em qualquer nível; ao contrário, eles são criados em torno de seqüências cumulativas de problemas (ou oportunidades) e envolvem padrões mutáveis de interação à medida que novos problemas (ou oportunidades) emergem e demandam diferentes tipos de conhecimentos especializados para sua solução. Para entender como estes processos funcionam, nós precisamos um entendimento muito mais detalhado de sistemas de microinovação e de como eles são construídos em torno de seqüências de problemas (ou oportunidades) conectados (TETHER; METCALFE, 2004, p.317, tradução nossa).

Portanto, os problemas ou as oportunidades enfrentadas na prestação de um serviço, os quais requerem diferentes interações e níveis de conhecimento para sua solução, são o elemento central em torno do qual o sistema de inovação se articula, e não o produto, como na proposição de Malerba, o qual só atua como tal no caso da manufatura. Importante lembrar, ainda, que esse sistema é contingencial, ou seja, não são apenas elementos tecnológicos que definem a natureza dos problemas que serão enfrentados, nos termos em que Dosi (1982) definira os paradigmas tecnológicos. Questões emergentes, advindas de alterações regulatórias, normativas, enfim, institucionais podem ser a origem desses problemas e oportunidades. Os problemas ou oportunidades, em suas palavras, “... não necessariamente definem as soluções, ou o padrão de solução, mas as contingências provavelmente restringem o escopo das soluções possíveis” (TETHER; METCALFE, 2004, p.318, tradução nossa). Esse aspecto contingencial é fundamental para que o sistema de inovação centrado em problemas (ou oportunidades) não se torne um instrumento analítico de cunho tecnicista.

Há pelo menos duas críticas que podemos fazer a essa aplicação do conceito de sistemas setoriais de inovação no setor de serviços, protagonizada por Tether e Metcalfe (2004). Entendemos que as críticas possuem o mesmo fundamento: a dificuldade enfrentada pelos autores, e de resto por grande parte da literatura em serviços, como discutimos em nosso primeiro capítulo, de definir o produto do serviço.

Inicialmente, podemos concordar com a dificuldade de se estabelecer *a priori* os limites de um setor qualquer de serviços. De fato, é uma tarefa bastante complexa. A justificativa exposta, no entanto, não nos parece convincente. Não há na proposta de Malerba (2002) o sentido setorial estrito do qual os autores partem em sua interpretação das

dificuldades de um tratamento dos serviços. Pelo contrário, o sistema descrito por Malerba (2002) se articula em torno de um produto sem qualquer limite setorial tradicional, algo para o qual ele chama a atenção explicitamente ao comentar a diferença do conceito de “estrutura setorial” em sua abordagem e daquele encontrado anteriormente nos textos de economia industrial. A proposta teórica de articulação do sistema de inovação em serviços em torno de problemas ou oportunidades, baseada, portanto, num falso problema, resulta, em nossa perspectiva, na impossibilidade de uma análise genuína do processo de inovação em serviços. Como comenta Gadrey (2003), embora possamos concordar com crescentes pontos de contato entre a indústria e os serviços, quando temos em conta a relação de serviço, reside no produto do serviço um conjunto de especificidades que justificam, e até mesmo impõem, uma análise dedicada ao setor de serviços. Ao abdicarem de estabelecer uma definição para o produto do serviço, os autores deixaram de lado o parâmetro fundamental para análise de como se articula o processo de produção e, daí, o processo de inovação em sistemas setoriais, ao menos nos termos propostos por Malerba (2004). Nesses termos, é na elaboração do produto, bem ou serviço, que as firmas vêem suas rotinas alteradas por problemas e buscam soluções que lhes confirmam vantagens competitivas. Obviamente, essas soluções não são somente tecnológicas, embora nada impeça que inovações tecnológicas sejam endogenamente constituídas em setores de serviços, mas envolvem também alternativas organizacionais e institucionais para enfrentar o processo de seleção em seu ambiente mercadológico e institucional. Essa também é uma previsão do modelo de Malerba (2004), o qual procura resolver, por meio de sua ênfase na interação entre os agentes do sistema e no papel das instituições, o que Tether e Metcalfe (2004) se preocuparam em evitar ao propor a qualificação contingencial ao sistema, isto é, um caráter meramente tecnicista dos determinantes da evolução dos sistemas setoriais. Curioso observar que esse caráter tecnicista está fortemente presente na análise desses autores no caso contingencial, por definição, das lentes intra-oculares.

Essa abordagem enseja, ainda, um outro grave problema, o qual já transparece em nossa argumentação anterior: a centralização do sistema em torno de problemas contingenciais retira da análise o papel das rotinas estabelecidas pelas firmas. Sem elas, a própria possibilidade de um enfoque evolucionário fica comprometida. Sem rotinas, resultantes do processo histórico de aprendizagem das firmas, a organização para solução dos problemas, ou seja, a organização para a inovação, assume um caráter *ad hoc*, modifica-se por processos estabelecidos *ad hoc* e nos reconduz à imagem de um sistema de inovação em

serviços “loosely coupled”, exatamente aquela que Tether e Metcalfe (2004), corretamente, se preocupam em superar.

Mesmo tendo em conta essas dificuldades, a abordagem do sistema setorial de inovação e sua tentativa de aplicação ao setor de serviços pode ser compreendida como um avanço importante na construção de uma abordagem integrada da inovação em bens e serviços. Sobretudo se a colocamos em contraste com os estudos taxonômicos desenvolvidos pelos neo-schumpeterianos (PAVITT, 1984; MIOZZO; SOETE, 2001), os sistemas setoriais têm como ponto de partida justamente a principal crítica que se pode fazer a essas abordagens: eles procuram demonstrar a heterogeneidade dos setores. Se não encontramos maiores problemas na aplicação do conceito schumpeteriano de inovação aos serviços, se pudemos apreender da idéia de decomposição funcional a perspectiva da multiplicidade de trajetórias de inovação presentes nas atividades de serviços e se os sistemas setoriais nos mostraram a possibilidade, dentro dos marcos da teoria evolucionária, de desenvolver uma análise que não confinasse as atividades a uma trajetória de inovação predeterminada, consideramos que esses são motivos suficientes para que possamos continuar avançando em direção a uma perspectiva integrada da inovação. Esta, por sua vez, deve reunir os elementos mencionados e em grande medida presentes já na abordagem dos serviços em termos de características (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997; GALLOUJ, 2002a), mas deve combiná-los com um enfoque teórico-metodológico compatível com a noção de produto do serviço que desenvolvemos no capítulo 1, ou seja, tendo em conta a definição dos serviços em termos de lógicas de serviço e as especificidades da relação de serviço. Procuramos desenvolver tal abordagem no próximo capítulo, mobilizando, para tanto, a noção de rede tecno-econômica (CALLON, 1991).

3 INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: UMA PERSPECTIVA DE ANÁLISE A PARTIR DA NOÇÃO DE REDE TECNO-ECONÔMICA

Nos termos em que a produção de serviços foi definida neste trabalho, podemos considerar que o produto do serviço é sempre resultado de uma articulação sociotécnica na qual elementos relacionais e operacionais estão imbricados. Há interação entre atores heterogêneos no desenvolvimento desse produto, o que remete a uma perspectiva de produção em rede, a qual pretendemos desenvolver neste capítulo como forma de propor uma “tradução” da produção de serviços que contribua para a análise dos processos de inovação nessas atividades, preservando suas singularidades e, ao mesmo tempo, sua variedade.

Como vimos no capítulo anterior, a teoria da inovação em geral e suas aplicações em serviços enfrentam grandes dificuldades em lidar com a variabilidade do produto. Esse fenômeno, como apontam Callon, Méadel e Rabeharisoa (2002), não é exclusivo do setor de serviços, mas próprio daquelas atividades em que a relação de serviço é intensa, e pode ser encontrado na maior parte das atividades de serviço, em que justamente o alcance da teoria da inovação tem sido mais restrito. A questão da definição, ou da representação, do produto está, portanto, no centro dessas dificuldades. Ao considerarmos essa variabilidade e a definição dos serviços, consideramos que é possível identificar na composição entre a definição em termos de lógica de serviços (GADREY, 2000) e a definição da prestação do serviço direto em termos de características – a abordagem funcional proposta por Gallouj (2002) – a abordagem mais compatível com esse dado do processo produtivo em serviços. Por isso, neste capítulo, esperamos articulá-la com a noção de rede tecno-econômica (RTE), proposta por Michel Callon (1991), nos quadros da *Actor Network Theory* (ANT), como forma de habilitar um novo enfoque sobre a inovação em serviços coerente com a perspectiva sociotécnica que invocamos. Ao fazê-lo, e tendo em conta que a abordagem funcional e a noção de rede tecno-econômica permitem desdobramentos em diferentes níveis de análise, procuramos desenvolver uma abordagem que, sem querer limitar o processo de inovação às fronteiras organizacionais, nos conduza a consolidar esse nível de análise – o nível da firma ou o nível organizacional – como o ponto de partida para análise das inovações em serviços. Este “framework”, ao mesmo tempo em que nos possibilita estabelecer um ponto de partida para a análise das associações que formam uma rede a partir de uma situação dada, sem qualquer atribuição autoritária de protagonismo seja qual for o ator considerado, permite um olhar sobre a prestação do serviço em toda a sua extensão e heterogeneidade, de forma coerente

com as outras perspectivas mencionadas, facultando-nos o alcance à singularidade e à variabilidade dos serviços sem que sejamos levados a lançar mão de artifícios estruturais ou deterministas que os simplifiquem.

Este capítulo foi organizado visando atingir esses objetivos. Numa primeira seção, apresentamos uma delimitação da acepção do termo rede aqui utilizado. A proliferação das aplicações desse conceito, que foi acompanhada de uma polissemia dele, justifica a necessidade de posicionarmos em que termos a noção de rede está sendo compreendida aqui e, sobretudo, de diferenciá-los das abordagens estruturalistas das redes. Em seguida, apresentamos o conceito de rede tecno-econômica (RTE) e os elementos para análise da constituição e da evolução das RTEs, ressaltando suas contribuições à análise dos processos de inovação. Para sua aplicação ao caso dos serviços, retomamos a definição de relação de serviço e de lógicas de serviços (GADREY, 2000) e a abordagem funcional dos serviços, ou baseada em características, proposta por Gallouj (1999; 2002), buscando articulá-las com os elementos da RTE. Ao final, procuramos discutir como esse enfoque nos permite avançar na perspectiva de uma abordagem integradora da inovação em serviços, ressaltando como ela pode ser compreendida no contexto de uma rede.

3.1 Redes: uma delimitação

A noção de rede tem se mostrado absolutamente útil para o estudo e a caracterização de diferentes aspectos dos fatos econômicos e organizacionais. Notadamente, os estudos sobre organização industrial e sobre processos de inovação têm sido profícuos em sua utilização (PYKA, 2002), afirmando o potencial da metáfora da rede como uma representação adequada das interações entre empresas, centros de pesquisa, universidades, governo e outros atores, propiciando, assim, uma leitura dos arranjos organizacionais flexíveis que se formam nesses processos. Podemos identificar a expansão desse enfoque a partir da contribuição de Granovetter (1985) e seu conceito de “embedeness”, numa tendência reforçada pela chamada Nova Sociologia Econômica (DOBBIN, 2004), a qual procura reintroduzir no debate os aspectos sociais e políticos da dinâmica econômica, ressaltando como a ação econômica se dá dentro dos marcos de determinada estrutura social. Neste capítulo, propomo-nos a desenvolver uma compreensão da produção de serviços por intermédio de uma determinada concepção de rede, a rede tecno-econômica ou sociotécnica, a qual, no entanto, se difere das mencionadas acima por sua rejeição de qualquer tipo de determinismo da ação, seja técnico,

seja social, e na qual a rede não é, portanto, uma estrutura, mas uma construção (CALLON, 1991; 1999).

No estudo das atividades de serviços, as aplicações do conceito de rede têm sido, da mesma forma, uma proposição recorrente. Em função das características que a produção de serviços envolve, em que se destaca o seu caráter relacional, a interação entre os possíveis atores da relação e a necessidade de formas de organização flexíveis têm motivado o uso dessa abordagem nos serviços, como uma forma geral de organização ou para análise de alguns ramos específicos nos quais a organização do serviço em redes surge como um imperativo³². Entre algumas das principais proposições nessa direção, encontramos o trabalho de Bressand e Nicolaïdis (1988). Ao analisar o papel dos serviços no que denominam economia relacional, os autores sugerem a organização em rede como o arranjo produtivo ideal para a produção de *compacts*. Também Zarifian (2002a), ao discutir o modelo de produção industrial de serviço, destaca a organização em rede como formato organizacional apropriado para harmonizar os diferentes “universos” produtivos presentes na organização. Para que o valor-serviço possa ser obtido, o que implica a transformação nas condições de atividade do cliente/usuário, há necessidade de uma organização flexível que permita superar a tensão entre a lógica tecnicista, predominante nos “universos” de concepção e produção, e a lógica de serviço, predominante no “universo” relacional (ZARIFIAN, 2002a). A harmonização dessas lógicas e o envolvimento do cliente no processo produtivo conduzem Zarifian (2002a) à proposição da rede como estrutura organizacional mais adequada a esses desafios.

A forma como as atividades de serviço foram definidas até aqui neste trabalho e a importância de compreendê-las no âmbito de uma nova configuração das atividades produtivas que associamos à noção de relações de serviço (GADREY, 1994) convidam, mais uma vez, a uma abordagem desse tipo. A mobilização da noção de rede nos parece adequada para descrever o processo de qualificação do produto do serviço, de sua definição, pois nos permite associar as características esperadas de um serviço e o modo de coordenação vigente sob uma mesma perspectiva de análise. Em outras palavras, faremos uso da noção da rede para compreender a relação entre atores heterogêneos, que podem estar situados em níveis de análise distintos e que interagem segundo lógicas de ação também distintas na produção dos serviços. Sendo assim, o conceito de rede – e, especificamente, de rede tecno-econômica – é

³² Para uma análise das inovações num serviço organizado em rede, ver Merlin-Brogniart (2004) e seu estudo sobre as inovações nos serviços postais franceses.

empregado como mecanismo analítico que permite articular as diferentes dimensões – operacional e socioeconômica – das relações de serviço e descrever o processo produtivo nessas atividades em toda a sua complexidade. Entretanto, a noção de rede não será aqui utilizada como uma estrutura organizacional definida ou como um arranjo que permita incorporar os aspectos “sociais” nos quais a produção de serviços estaria imbricada. A perspectiva aqui adotada considera a rede como um resultado das associações entre os atores e os intermediários que são mobilizados ao longo da dinâmica de uma determinada atividade de serviço. Em outras palavras, as interações produzem a rede e esta, num processo dialético, conforma suas interações, num processo de interdependência que não permite vislumbrar a rede antes da interação. A dinâmica produtiva em serviços será compreendida aqui como “em rede”, independentemente da forma específica como esteja organizada.

Um dos efeitos perversos da profusão de aplicações do conceito de rede, muitas vezes desprovido de uma delimitação, tem sido a crescente polissemia associada a ele, gerando um acúmulo de concepções nem sempre comparáveis (CALLON et al, 1999). Curien (1999), por exemplo, tenta diferenciar a rede dos engenheiros e a rede dos economistas, discutindo uma abordagem conceitual que possa finalmente compatibilizar a análise de uma e outra. Latour (1999) comenta que, antes da World Wide Web, o termo rede tinha um frescor que com o tempo se perdeu. Nesse sentido, Callon et al (1999) discutem a presença de duas abordagens fundamentais: uma chamada de **gramática elementar** e outra de **concepção complexa**. Na concepção *elementar*, a rede é entendida como uma estrutura em que as relações entre os atores se desenrolam e o objetivo da análise é identificar os pontos (entidades) e as ligações (relações) entre eles. Não há, segundo os autores, uma preocupação com a qualificação dos atores. Estes estão predefinidos e desenvolvem suas ações de forma mais ou menos condicionada pela estrutura da rede ou, ainda, pela estrutura social em que a rede está inserida. Essa perspectiva se presta a inúmeras aplicações, em diferentes disciplinas, sempre que há elementos relacionados, independentemente de sua qualificação. Do ponto de vista das ciências sociais, esta focalização na estrutura da rede permite o uso de técnicas quantitativas que, por meio de sofisticados modelos, concede ao analista a faculdade de prever o comportamento no interior dessas redes³³ (LAZEGA, 1998). Quanto à chamada concepção *complexa*, os autores propõem a seguinte definição:

A segunda significação da noção de rede se esforça em dar conta dos sistemas de relações complexas que se desenvolvem entre os atores

³³ Um exemplo desse tipo de aplicação pode ser verificado em Dalle; Foray (1999).

individuais, as instituições ou as esferas de atividade diferentes. Nós consideramos, então, aqui, as redes sociais onde as entidades podem ser assemelhadas a agentes dotados de capacidades mais ou menos importantes de julgamento, de aprendizagem e de estratégia. Quanto às relações, elas traduzem as interações ou as formas de comunicação variadas entre atores (CALLON et al, 1999, p.4, tradução nossa).

Essa concepção se desenvolve a partir de duas constatações iniciais. Primeiro, a heterogeneidade dos atores. Ou seja, os pontos da rede, como seriam denominados na gramática elementar, são diferenciados entre si, podendo pertencer a categorias diversas, e sua capacidade de ação não pode ser definida *a priori*. A atividade econômica, nessa perspectiva, deve ser considerada a partir do conjunto de atores heterogêneos e variados que estão relacionados em termos de concorrência e cooperação. Nesse contexto, uma organização pode ser considerada como uma “action net” (CZARNIAWSKA, 1997; 2004), uma rede de ação formada por suas “redes internas”, que se articulam, em diferentes pontos, com diferentes “redes externas”. Não há qualquer predeterminação sobre o perfil ou sobre o comportamento dos atores. Assim, duas empresas, dois funcionários, atores políticos, enfim, quaisquer atores possuem sua especificidade, e seu comportamento só pode ser desvelado no curso da ação. Um ator será identificado (uma ação ser-lhe-á atribuída) e terá seu comportamento associado ao estado da rede em que está inserido. O segundo ponto fundamental nessa concepção é a noção de intermediários. Ou seja, os elementos que circulam de forma a relacionar os diferentes atores. Os intermediários são postos em circulação pelos atores e permitem, por isso, identificar as relações em curso, os modos de coordenação preponderantes e os próprios atores, a partir de mecanismos de atribuição.

Dentre as perspectivas que podemos identificar nesta abordagem complexa das redes, valemo-nos aqui daquela desenvolvida no âmbito da chamada Actor-Network Theory (ANT)³⁴. O caráter simétrico da análise proposta por essa vertente faz com que a ANT, como ressalta Amantino-de-Andrade (2004), se diferencie das demais acepções de rede por possibilitar a análise delas tanto em termos estruturais quanto em termos relacionais. Pelo que, podemos agregar, ela permite transitar entre distintos níveis de análise (do micro ao macro) sem solução de continuidade. A denominação Actor-Network Theory (ANT), a qual estamos retendo aqui, tem sido a forma mais difundida de referência a um corpo teórico também

³⁴ A tradução dessa denominação não é em nada complexa. Originária da expressão “Acteur Réseau”, cunhada nos primeiros trabalhos dessa perspectiva (LAW, 1999), a expressão pode ser facilmente traduzida em português, como o é muitas vezes, como Teoria do Ator-Rede. A difusão internacional da sigla ANT, como pode ser atestada nas principais publicações internacionais e nacionais (vide AMANTINO-DE-ANDRADE, 2004),

denominado de Sociologia da Tradução ou, ainda, de Sociologia das Redes Tecno-Econômicas (AMBLARD et al, 2005). Originada da Sociologia das Ciências (Science Studies), tem sua fundação associada ao artigo de Michel Callon sobre as experiências na aqüicultura de vieiras na Baía de Saint-Brieuc, na França (CALLON, 1986), ao qual se seguiu uma vasta produção protagonizada por Callon, Bruno Latour e, em grande medida, por John Law. Este desenvolvimento da ANT e de suas aplicações não se deram, evidentemente, sem críticas, seja em referência a algumas deficiências contornáveis (LEE; BROWN, 1994), seja numa contraposição absoluta aos seus pressupostos epistemológicos e ontológicos (COLLIN; YARLEY, 1992; BLOOR, 1999). Latour (1999), de forma irônica, chegou a afirmar que haveria somente quatro problemas no que Law (1999) denomina a diáspora da ANT: a teoria, o ator, a rede e o hífen! Desde o princípio, entretanto, sua aplicabilidade aos estudos organizacionais e, sobretudo, aos relacionados ao conceito de poder e aos estudos dos processos de inovação, pode ser atestada pelo interesse que esta abordagem teórico-metodológica de identificação de redes gerou, como mostram os trabalhos de Bárbara Czarniawska (1997; 2004), entre outros (LEE; HASSARD, 1999; CZARNIAWSKA; WOLFF, 1998; CZARNIAWSKA; HERNES, 2005). São justamente as contribuições que essa abordagem trouxe ao estudo da inovação e as possibilidades de estendê-las ao caso dos serviços que nos fazem mobilizar a noção de rede tecno-econômica.

3.2 A noção de rede tecno-econômica (RTE)

Michel Callon (1991) desenvolveu a noção de RTE motivado por sua preocupação em investigar o processo de inovação e, sobretudo, como esse processo articula agrupamentos tão diversos como universidades, laboratórios de pesquisa, empresas, governo, usuários, fundos de financiamento e outros, cuja interação resulta, muitas vezes, na produção de inovações. Em outras palavras, o autor busca responder como entidades com objetivos tão distintos, inseridas em contextos que podem ostentar muitas vezes valores contraditórios, chegam a conformar ligações consolidadas que permitem chegar à produção de um novo bem ou serviço. Com essa preocupação, Callon propõe uma primeira aproximação do conceito de rede tecno-econômica, o qual podemos verificar nos seguintes termos,

nos conduziu à opção de manter a referência ao longo de todo o texto à sigla originária da denominação em inglês.

uma rede tecno-econômica (RTE) é um conjunto coordenado de atores heterogêneos: laboratórios públicos, centros de pesquisa técnica, empresas, organismos financeiros, usuários e poder público que participam coletivamente a concepção, elaboração, produção e distribuição-difusão de procedimentos de produção, de bens e serviços dentre os quais alguns dão lugar a uma transação mercantil (CALLON, 1991, p.196, tradução nossa).

Coerente com os fundamentos da ANT, a RTE permite articular estes *actantes* de diferentes origens, combinando aportes da economia e da sociologia, para compreender o conjunto dos processos de inovação. Para simplificar sua exposição, Callon propõe que se considere a presença de três pólos na RTE: o pólo científico (S), o pólo técnico (T) e o pólo mercantil (M)³⁵. O primeiro é responsável pela produção de conhecimentos certificados e reuniria, entre outros, centros de pesquisa, universidades, assim como os centros de pesquisa de empresas que exerçam o mesmo tipo de atividades dos laboratórios ou centros de pesquisa públicos, isto é, que investem em pesquisa de base ou fundamental³⁶. O segundo pólo, chamado de técnico, envolve as entidades que visam dar usos específicos para os conhecimentos desenvolvidos, ou seja, que se encarregam das atividades de aplicação dos conhecimentos e de adaptação a necessidades determinadas. Tais atividades poderiam envolver a elaboração de protótipos e maquetes, a elaboração de normas, a obtenção de patentes e outras. Nesse ponto, os departamentos de P&D são um exemplo fundamental de entidade pertencente ao pólo técnico, tal como as atividades ligadas diretamente à gestão da produção. O terceiro pólo, o mercantil, agrupa os clientes/usuários dos produtos que, por meio da articulação da rede, expressam suas necessidades de forma a serem consideradas pelos demais pólos. Em uma RTE, um problema levantado pelo usuário é passível de ser atacado em qualquer um dos pólos, de acordo com sua competência.

Além de diferenciarmos os pólos pela natureza de suas atividades, Callon (1991) propõe que eles sejam delimitados pelas formas de coordenação prevalecentes. Por forma de coordenação o autor designa todas as normas, explícitas ou implícitas, que estabelecem os parâmetros de atuação das entidades, ou *actantes*, em cada um dos pólos. Assim, se temos no pólo científico elementos tais como direitos autorais (uma norma explícita, pois expressa em

³⁵ A separação em três pólos é tão-somente um artifício de simplificação, como esclarece o autor. Em cada situação concreta a ser analisada, os atores envolvidos podem advir desses ou de outros pólos que venham a ser identificados. Outras aplicações da noção de RTE, como exemplificado em Penan (1996) e Callon (1999), demonstram a adaptabilidade desse mecanismo a outras situações investigadas empiricamente.

³⁶ Callon (1999) propõe uma distinção entre pesquisa de base e pesquisa fundamental. Essa distinção não deriva do tipo de conhecimento gerado, mas do estado da rede em que ela se insere. A primeira desenvolveria conhecimentos gerais dentro de uma RTE consolidada; a segunda produziria o mesmo tipo de conhecimento; porém, em redes emergentes. Somente com a dinâmica dessas redes podemos verificar se a pesquisa de base pode ter se tornado pesquisa fundamental ou não (CALLON, 1999).

lei) e reconhecimento acadêmico (uma norma implícita relacionada com a deontologia desse tipo de atividade), que mobilizam seus membros e estabelecem as condições de sua ação, no pólo técnico esses parâmetros de ação seriam definidos, por exemplo, pela regulamentação que diz respeito às patentes industriais (leis de propriedade industrial), pelas normas de qualidade, pelos protocolos de serviço que guiam as etapas de uma determinada atividade, enfim, esses dentre tantos outros mecanismos que circunscrevem os limites técnicos de atuação. Ao mesmo tempo, no pólo mercantil, as empresas buscarão alternativas que sustentem sua competitividade, as quais podem implicar, por exemplo, a definição de novas estratégias de marketing e a introdução de novos produtos e serviços, ao passo que os clientes/usuários desenvolverão os mecanismos necessários para manifestar e ver atendidas suas necessidades com a melhor relação custo/benefício possível.

Diante destas distinções, de natureza e de identidade, a questão da articulação entre esses pólos heterogêneos salta aos olhos. Como compreender a relação entre atividades e comportamentos tão distintos? Como são estabelecidas equivalências capazes de relacionar as ações de um pesquisador dedicado a compreender os componentes técnicos de um novo material e as de um usuário que busca produtos mais econômicos, confortáveis e com *design* arrojado? Por mais distantes que possam ser esses universos, as relações entre eles se processam, os interesses acadêmicos de reconhecimento se associam aos interesses da indústria e esta, por sua vez, negocia as características do seu produto com as demandas dos clientes finais. Para que possamos analisar essas relações, prossegue Callon (1991), é preciso levar em conta as ações que interligam os diferentes pólos. Em outras palavras, os mecanismos que colocam os diferentes pólos em contato e que permitem sua intercompreensão. Tais operações seriam responsáveis por decifrar um pólo ao outro, de interpretá-los, em outras palavras, de traduzi-los. Estas operações de tradução, no caso de uma RTE, assumiriam pelo menos duas formas genéricas: operações de transferência e operações de desenvolvimento-distribuição. As primeiras reúnem as diferentes operações necessárias para a tradução de um conhecimento científico com vistas a sua aplicação, procurando atender a uma demanda técnica específica; em outros termos, configura-se um processo de geração de tecnologia, numa transferência do pólo científico (S) ao pólo técnico (T). Noutro caso, a mobilização de uma tecnologia para o atendimento das demandas de um determinado mercado caracterizaria uma atividade de intermediação do pólo técnico ao pólo mercantil. Tal operação foi denominada por Callon como de desenvolvimento-distribuição, geralmente realizada pelas empresas e seus canais de comercialização (CALLON, 1991). Nessas operações, as empresas buscam interpretar e transformar (traduzir) em produtos e serviços as

demandas de seus clientes, ao mesmo tempo em que eles irão se associar a esta ou àquela empresa, de acordo com seu julgamento sobre qual delas está suprindo melhor suas necessidades³⁷. Desses arranjos, dessas ligações, enfim, dessas traduções resultaria um espaço definido, mas não fixo, povoado por atores dos diferentes pólos e pelos intermediários que circulam entre eles, mobilizados pelas operações de transferência ou de distribuição-desenvolvimento, e que constituiria uma rede. A rede, portanto, surge como resultado dessas ações e se constitui no *locus* para compreensão das lógicas de ação desses atores. A rede, nessa configuração, pode ser interpretada como um novo ator econômico (GREEN et al, 1999) ou, ainda, como uma rede de ação (CZARNIAWSKA, 2004).

Callon (1991) propõe que tal empreitada não pode ficar restrita a um enfoque teórico hermético, requer a combinação de contribuições da economia e da sociologia para compreensão dessas atividades de intermediação. Para a primeira, as relações entre os diversos atores sociais se dão por intermédio de “coisas”, de objetos – intermediários – que, numa economia monetária, têm sua equivalência estabelecida pela moeda. Nos intermediários estaria inscrito o resultado da ação, e a troca mercantil é o mecanismo em que os atores se põem em contato e distribuem esses resultados. Para a sociologia, a relação se dá entre os atores diretamente, por meio de suas relações sociais, permeadas por representações, símbolos, elementos culturais, o que leva à interpretação das suas lógicas de ação segundo as restrições impostas pelas estruturas sociais em vigor, nas quais essas ações estariam contextualizadas³⁸. Em suas palavras,

A economia nos ensina que a interação passa pela colocação em circulação de intermediários; com a sociologia aprendemos que os atores só podem ser definidos tendo em conta as relações que eles estabelecem entre eles. Reunindo os pontos de vista da sociologia e da economia, nós temos as duas peças do quebra-cabeça: os atores se definem na interação, na entre-definição e esta se materializa nos intermediários que eles colocam em circulação (CALLON, 1991, p.198, tradução nossa).

Reunindo esses enfoques e explorando suas possibilidades de complementaridade, Callon (1991) apresenta um conjunto de elementos que permitem a descrição das RTEs e a análise de sua dinâmica. Esses elementos envolvem uma distinção bastante sutil entre atores e intermediários. Os últimos exercem o papel decisivo de portar a própria composição da rede,

³⁷ Sobre o comportamento “calculista” dos clientes/usuários e as implicações desse conceito para o estudo da concorrência, ver Callon (1998). Sobre a noção geral de centro de cálculo, ver também Latour (2001).

³⁸ Ao se referir à contribuição da sociologia para essa abordagem, Callon não está incluindo a perspectiva crítica. Esta, como vimos, é objeto da crítica freqüente da ANT (LATOUR, 2005), sobretudo em relação ao seu caráter

ao passo que, ao atuarem como mediadores (LATOUR, 1994), o que pode ser identificado mediante um processo de atribuição, assumem o papel dos primeiros. Passamos a expor esses elementos, de forma que toda a morfologia e a dinâmica de uma RTE possam ser compreendidas antes de propormos sua aplicação ao estudo da inovação em serviços.

3.2.1 Intermediários

Por intermediário podemos compreender tudo o que circula entre os atores e os coloca em relação. Os intermediários são, portanto, responsáveis pela comunicação entre grupamentos heterogêneos e estabelecem as condições para que estes possam chegar a algum tipo de coordenação. Se temos operações que ligam os pólos da RTE – operações de tradução –, sua efetivação se dá, então, por meio de intermediários. Procurando colocar de maneira mais explícita: os intermediários são portadores das traduções desenvolvidas pelos atores. Um artigo científico, uma máquina, um funcionário que orienta o consumidor, um produto, um *software*, uma patente, uma receita médica, um parecer, um relatório, uma matéria-prima, eis as diversas formas, sem termos esgotado os exemplos possíveis, que os intermediários podem assumir. Eles contêm e indicam um conjunto de informações que ligam os atores em questão e permitem identificar seu perfil e, assim, o da própria rede que foi tecida.

Callon (1991) propõe que consideremos quatro grupos de intermediários na análise dos processos de inovação por meio da RTE: os textos científicos (T), ou qualquer outra forma de registro, tais como arquivos gravados em um CD, patentes, relatórios, livros, enfim, toda forma de informação codificada; os artefatos técnicos (NH), ou os não humanos, tais como máquinas, equipamentos, produtos industriais, que servem ao cumprimento de determinadas funções; os seres humanos e suas competências (H), quando se leva em conta especialmente o “savoir-faire”; e, por fim, a moeda (M), como ressalta o autor, em todas as suas formas, seja como reserva de valor, seja como meio de troca, tal como ela se expressa no crédito, em projetos de investimentos, como liquidante de pagamentos, enfim, em toda sorte de mecanismo monetário do qual os atores possam lançar mão. Os intermediários possuem, assim, uma dupla função. Ao mesmo tempo descrevem e compõem a rede que se estabeleceu a partir de sua circulação. Descrevem, pois a análise dos intermediários permite decifrar àqueles que os mobilizaram, os atores e a própria morfologia da rede, por meio das diversas

dito estruturalista. Para uma análise dos argumentos da sociologia crítica sobre o impacto das estruturas sociais na economia, ver Bourdieu (2000; 2005).

ligações estabelecidas. Mas também compõem a rede e conformam suas características, à medida que a prevalência de determinado grupo de intermediários permite caracterizar o perfil da rede. É nesse sentido que a qualquer intermediário pode ser atribuído um papel ativo, ou seja, a ação não está atrelada a determinado tipo de intermediário.

Um texto científico expõe a relação entre seus autores, entre estes e seus referenciais teóricos, entre correntes teóricas concorrentes, entre estas e as descrições de artefatos ao longo do texto, entre os autores e experimentos, articulando e mobilizando, portanto, outros intermediários. Como destaca Callon (1991), a escolha do título, do idioma, dos trabalhos que serão citados, dos que serão elogiados e dos que serão criticados, a descrição dos resultados de uma pesquisa, o tanto de relações que se podem depreender desses elementos, tudo isso descreve e, ao mesmo tempo, encerra uma rede.

Quadro 2 – Exemplos de intermediários em uma RTE

Textos ou inscrições literárias	Artefatos técnicos	Pessoas	Moeda
Relatórios	Máquinas	Competências,	Circulação de
Livros	Robôs	seja via mobilização	moeda via
Artigos	Produtos	de conhecimentos	financiamentos,
Científicos	padronizados	codificados, seja de	investimentos,
Patentes	Matérias-	conhecimentos tácitos.	fundos de capital de
Prescrições	primas		risco, pagamentos e
Pareceres	Instrumentos		todas as formas que a
	científicos		moeda pode assumir.

Fonte: Elaboração do autor a partir de Callon (1991).

Uma máquina não é apenas uma máquina, mas a incorporação de decisões técnicas e sociais que levaram esse equipamento a uma determinada configuração. Ela envolve um conjunto de suposições sobre os seus futuros usuários, sobre as condições de seu funcionamento, sobre as possíveis disfunções. Um dispositivo que é valorizado por sua facilidade de instalação e uso, os “plug-and-play” adorados dos acessórios de informática dos nossos dias, chegam a essa condição técnica essencial para atender a uma determinada expectativa deste consumidor específico, o qual se supõe ser, ao mesmo tempo, exigente quanto à funcionalidade e incapaz da menor manobra de instalação do referido dispositivo. Nos termos em que podemos descrever uma RTE, todas essas suposições, antecipações e suas

respectivas descrições são traduções que, operadas por atores em uma rede, produtores, revendedores, usuários, estão inscritas nesses artefatos técnicos e os tornam um ponto privilegiado de observação e descrição da rede. Quando essas relações são expostas, quando se remonta ao processo decisório e a todas as questões que orientaram algumas das decisões aparentemente neutras, mas de forte conteúdo socioeconômico, a máquina “faz ver” a rede. Tanto aquela que o constitui, como aquela que ela ajuda a compor ao fazer circular outros intermediários. Como afirma Callon,

Um dispositivo técnico é comparável a um programa de ação coordenando um conjunto de papéis complementares, desempenhados por não-humanos (que constituem o dispositivo) e por humanos (difusores, utilizadores, reparadores...) ou outros não-humanos (acessórios, sistemas integrados) que formam os periféricos ou as extensões. (...) Um dispositivo técnico não é jamais tão mudo quanto poderíamos crer. (CALLON, 1991, p.200, tradução nossa).

O processo de inovação pode ser interpretado como um objeto privilegiado de análise para identificar as traduções inscritas nos dispositivos técnicos, ou não-humanos. Duas atividades geralmente presentes no processo de inovação são fundamentais para essa compreensão: a criação e a aprendizagem. Segundo Callon (1991), é na fase de criação, de *design* dos técnicos, na qual suas funcionalidades são imaginadas e preliminarmente descritas, e nos processos de aprendizagem, quando o funcionamento do dispositivo tenta ser completamente assimilado pelo seu usuário, que nos deparamos com os momentos em que esses não-humanos fazem uso da “palavra” e permitem que se vislumbrem as traduções em jogo e, por conseguinte, a própria trama de relações que os originou daquela forma e com aquelas funcionalidades.

Como intermediários, os seres humanos, por meio das capacidades que detêm e mobilizam, oferecem uma série de informações sobre a rede. Seja a competência de relacionamento, que envolve acolhimento, empatia, capacidade de ligação com outros humanos, seja a competência de um operário especializado, de um técnico qualificado, de um especialista em determinados tipos de equipamento, ou seja, a capacidade de se relacionar com não-humanos, seja a competência híbrida de um intelectual, que precisa se relacionar com seus pares, mas também com os instrumentos de escrita que a essa relação podem se interpor, todas essas atuações humanas permitem descrever um determinado estado e uma determinada morfologia da rede.

Por fim, a moeda, considerada em quaisquer de suas funções, permite também a visualização da rede que foi tramada. Como meio-de-troca, a moeda sanciona a relação entre

outros intermediários, como na venda de uma máquina ou no pagamento de um salário, sendo o retorno de muitas das relações entre eles estabelecidas³⁹. Como reserva de valor, Callon (1991) destaca seu papel em financiamentos, sobretudo de pesquisa, em que ela entra em ação a partir de um plano, de um projeto, em que estão estabelecidos prazos, cronogramas, recomendações. A moeda sanciona, nesse caso, toda uma concepção do que viria a se conformar em rede.

Não importa qual categoria de intermediário nós consideremos – e cabe lembrar que podemos relacionar outras tantas intermediários quanto uma situação de análise específica requiera –, textos (ou informações codificadas), artefatos técnicos, pessoas e suas competências e os recursos financeiros, podemos, pela sua análise, identificar os elementos da rede da qual ele participa e, ao mesmo tempo, contribui para traçar. Desse ponto de vista, a análise da RTE é simétrica e considera que todos os intermediários – humanos e não-humanos –, ao serem mobilizados, atuam como veículos dos atores que os colocaram em circulação, os quais, por sua vez, se constituem em seus “porta-vozes” (CALLON, 1986; 1989). Retomando o exemplo do artigo científico, ele ao mesmo tempo descreve um conjunto de relações, é esse seu objeto, e constitui uma rede, quando consideramos o próprio texto com suas vinculações teóricas, acadêmicas ou profissionais. Nas palavras de Callon, “... cada intermediário, seja qual for a categoria em que ele se acomodar, descreve (no sentido de uma descrição literária) e compõe (no sentido de que formatação), ele sozinho, uma rede da qual ele é de alguma forma o suporte e o seu ordenador” (CALLON, 1991, p.199, tradução nossa). Os intermediários poderiam, assim, ser denominados *intermediários-rede* (CALLON, 1991).

Isso se torna ainda mais patente ao levarmos em conta outra característica fundamental dos intermediários, que é a sua circulação combinada com outra categoria, formando o que Callon definiu como intermediários híbridos e, em muitos casos, cadeias de intermediários (CALLON, 1989). A moeda, como vimos, pode estar associada a inscrições literárias (e

³⁹ Uma observação importante merece ser feita aqui. Evidentemente, nossa apresentação da RTE (ou nossa “tradução”, no duplo sentido que podemos considerar) não pode, obviamente, reproduzir integralmente a força do argumento de Callon (1991). Entretanto, não podemos deixar de ressaltar sua ponderação, neste ponto, sobre a existência de outros meios de sancionar, estabilizar e recompensar as relações entre intermediários. Ele cita, por exemplo, o reconhecimento, a reputação, a legitimidade, e a crença como outras formas de retorno que podem ser mais relevantes numa determinada rede do que a própria moeda. Não se trata, portanto, de uma delimitação dos intermediários possíveis e de suas relações em toda e qualquer descrição com base na ANT. A opção pela moeda entre as categorias de intermediários necessários para descrever uma RTE e, sobretudo, a menção a esse intermediário específico nas relações entre os intermediários, deve-se ao tipo de rede priorizado por Callon. Vale lembrar que as RTEs, como já destacamos, são resultantes da descrição de processos de inovação em que os fundos de investimento e os financiamentos, públicos e privados, jogam um papel fundamental para a interação entre os pólos heterogêneos que conduzem esses processos a termo. Não é outra, aliás, a origem da opção pelos intermediários listados aqui, a qual pode ser verificada em Callon (1989).

moeda-papel é o exemplo desse híbrido) ou informações codificadas. Essas, por sua vez, podem versar sobre pessoas e suas competências (por exemplo, quando o financiamento só é concedido mediante o envolvimento de um determinado número de pesquisadores na pesquisa), sobre artefatos físicos (por exemplo, a liberação dos recursos pode estar vinculada à conclusão de uma meta física, como a construção de parte de um laboratório), sobre a própria moeda (quando o contrato de pesquisa, uma informação codificada, adverte, em suas cláusulas, que os valores para aquisição de equipamentos importados necessários aos experimentos previstos no projeto de pesquisa serão calculados numa determinada taxa de câmbio). Os intermediários híbridos, portanto, predominam, “a impureza é a regra”, afirma Callon (1991), e a associação dos intermediários só faz ampliar seu potencial como descritores das redes, como descritores das conexões em vigor.

3.2.2 Atores

Na RTE, de forma coerente com os pressupostos da ANT, um ator não é definido *a priori*. Todas as entidades presentes são *actantes* cuja função – ator ou intermediário – só pode ser reconhecida pelos “traços” deixados no transcorrer de uma ação (LATOUR, 2005). Reconhecer um ator numa rede significa identificar sua capacidade de mobilizar os intermediários, de associá-los, de ser responsabilizado por eles, enfim, de protagonizar operações de tradução bem-sucedidas. Em outras palavras, identificar a quem são imputados os intermediários em curso ao longo da rede, eis a tarefa que precede a identificação dos atores. Callon propõe a seguinte definição:

Chamemos ator toda entidade (podendo associar os diferentes elementos que nós tivemos ocasião de enumerar em várias ocasiões: T; H; NH; M) que define e constrói (com maior ou menor sucesso) um mundo povoado de outras entidades, lhes dota de história, de uma identidade e qualifica as relações que os unem. A ação se confunde, portanto, com a elaboração de redes heterogêneas. Se nos ativermos a esta definição, não é falso dizer que todo intermediário é um ator (CALLON, 1991, p.205, tradução nossa).

A definição de ator, portanto, não apresenta em si mesma uma distinção unívoca em relação à noção de intermediário. Um intermediário, segundo as características que apresentamos, pode assumir a qualquer momento a condição de ator. Sempre que ele não mais atuar como um veículo de transporte da ação, mas interferir na ação, transformando o seu significado, traduzindo, a seu modo, outros intermediários, ele passa a desempenhar uma mediação. Um mediador, como sustenta Latour (2005), nada mais é do que um intermediário

ao qual foi imputado o papel de ator. Isso independe de estarmos analisando um *actante* individual ou coletivo. Como afirma Latour (2005), não importa o quão complicado seja um intermediário ou quão complexo seja um mediador, essa distinção se mantém. Em suas palavras,

Um *intermediário*, no meu vocabulário, é o que transporta significado ou força sem transformação: definir os inputs é suficiente para definir os outputs. Para todos os propósitos práticos, um intermediário pode ser considerado não somente uma caixa-preta, mas uma caixa-preta contínua, mesmo se internamente ele é composto por muitas partes. *Mediadores*, por outro lado, não podem ser contados por um; eles podem ser tomados por um, por nada, por vários ou como infinitos. Seu input não é nunca um bom previsor do seu output; sua especificidade tem que ser levada em conta a todo momento. Mediadores transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado ou os elementos que eles transportam. Não importa quão complicado um intermediário seja, ele pode, para todos os propósitos práticos, contar como um único – ou mesmo por nada, porque ele pode ser facilmente esquecido. Não importa quão aparentemente simples um mediador possa parecer, ele pode tornar-se complexo; ele pode conduzir para múltiplas direções as quais modificarão todos os relatos contraditórios atribuídos ao seu papel (LATOUR, 2005, p.39, tradução nossa).

Quando os intermediários passam à condição de mediadores, eles assumem a condição de traduzir os significados ou a força que outrora somente transportavam (LATOUR, 1994). Reencontramos nessa passagem a primeira fonte de incerteza abordada pela ANT, segundo Latour (2005), e presente em sua plenitude na concepção de RTE. Quando Callon menciona que um ator é uma entidade capaz de mobilizar textos, recursos financeiros, humanos e não-humanos, que é capaz de qualificar essa relação e que essa entidade pode ser um texto, a moeda, humanos e não-humanos, qualquer distinção “essencial” entre os que possuem o atributo da agência e os que não o possuem é obliterada (ASHMORE; WOUFFITT; HARDING, 1994). Eis aqui, portanto, a aplicação de um dos princípios mais caros à ANT, que deriva diretamente da assunção da primeira incerteza: o princípio da simetria generalizada (CALLON, 1986; LATOUR, 1994)⁴⁰. A faculdade de agir não está restrita a quem ou a que quer que seja. A análise da ação empreendida deve levar em conta a possibilidade de livre

⁴⁰ O princípio da simetria generalizada, um dos fundamentos da ANT introduzido por Michel Callon (1986), pode ser sintetizado, segundo Latour (1994), pela necessidade do antropólogo (e podemos aqui extrapolar tal afirmação para todo cientista social) de situar-se no ponto médio entre o pólo natureza e o pólo sujeito/sociedade. Somente dessa forma ele pode usar o mesmo aparato analítico, daí a simetria, para a atribuição de propriedades aos humanos e aos não-humanos. Como afirma Latour, se referindo a essa postura simétrica do cientista social, “não lhe é permitido usar a realidade exterior para explicar a sociedade, nem tampouco usar jogos de poder para dar conta daquilo que molda a realidade externa. Também não lhe é permitido alternar entre o realismo natural e o realismo sociológico, usando ‘não apenas’ a natureza, ‘mas também’ a sociedade, a fim de conservar as duas assimetrias iniciais, ao mesmo tempo em que dissimula as fraquezas de uma sob as fraquezas da outra”. (LATOUR, 1994, p.95).

associação entre as entidades (CALLON, 1986). Somente analisando o estado da rede, seu desenvolvimento e dinâmica, podemos identificar os mecanismos de atribuição existentes e classificar os *actantes* como atores ou intermediários (LATOURE, 1994). Nas palavras de Callon, “um ator é um intermediário ao qual a circulação de outros intermediários é imputada” (CALLON, 1991, p.206, tradução nossa). Dito de outra forma, um ator não deixa de ser um intermediário submetido a um **processo de atribuição**.

Callon (1986; 1991) avança afirmando que a distinção entre ator e intermediário só é solúvel empiricamente. De acordo com o ponto de análise escolhido, um intermediário pode assumir o papel de ator ou um ator pode assumir o papel de intermediário. Não há nenhuma distinção precedente, no que diz respeito ao seu papel na rede, entre os textos (T), ou informações codificadas, artefatos físicos (NH), pessoas e suas competências (H) ou a moeda (M). No momento em que todos esses intermediários estivessem em circulação, em suas formas puras ou híbridas, portando inscrições sobre as ações em curso, a identificação de um ator estaria condicionada à identificação dos mecanismos de atribuição. Em suas palavras,

A consequência desta definição é que ela conduz a refutar o discurso das essências para distinguir entre atores e intermediários. Um agrupamento é um ator ou um intermediário? A resposta nada tem a ver com a metafísica, a ontologia ou a filosofia dos direitos dos homens. É, antes de tudo, um problema empírico cuja solução se encontra na observação. (CALLON, 1991, p.206-207, tradução nossa).

E ele prossegue, de forma ainda mais enfática, afirmando que a definição do ator depende de nosso ponto de observação, ou de parada. Em suas palavras “Ou bem nos fixamos sobre o agrupamento sem ir além e obtemos o ator. Ou bem passamos através dele para remontar a rede e nós obtemos o intermediário” (CALLON, 1991, p.208, tradução nossa). Callon (1991) se vale de um exemplo eloqüente para sustentar o caráter empírico da distinção entre ator e intermediário: o caso de uma usina de energia nuclear francesa. Se analisarmos a rede formada por essa usina, desde os conhecimentos científicos e as tecnologias necessárias ao seu funcionamento, as pessoas que nela trabalham, as instalações requeridas até o resultado final da energia elétrica chegando aos usuários, o que nos faria defini-la como um ator ou como um intermediário? Se a usina é percebida pelas demais entidades da rede como um ponto de passagem onde se dá um processo de transformação consolidado, ela será considerada um intermediário. Nesse caso, tanto máquinas, equipamentos, infra-estrutura, pessoas quanto recursos empregados no funcionamento da usina serão equiparados em uma única tradução. Nessa perspectiva, a usina é uma “caixa-preta”. Entretanto, se o processo operacional da usina é de alguma forma questionado, se há um debate sobre os equipamentos

mais apropriados, sobre os controles necessários, a usina passa a ser responsável por esses intermediários, a ela eles são atribuídos, novas traduções são desenvolvidas, ora ela assume o papel de ator. Se recorrermos ao exemplo dos hospitais, o qual nos interessa mais de perto neste trabalho, mais uma vez nos veremos envoltos nesta ambigüidade ator-intermediário, que só a identificação do processo de atribuição pode elucidar. Se considerarmos o hospital como uma entidade capaz de fornecer um resultado bem definido, cumprir um papel determinado no contexto de uma política de saúde proposta pela autoridade pública que o financia, inserir-se no conjunto do sistema de saúde segundo a lógica planejada por essa autoridade, o hospital será considerado um intermediário⁴¹. Por outro lado, se estivermos interessados na organização desse hospital, em como ele mobiliza seu corpo médico, seus equipamentos, os recursos que recebe ou, ainda, como ele interpreta e aplica as determinações dos órgãos de tutela, então, sob esse ângulo, o hospital será um ator por completo.

Tal distinção torna-se ainda mais complexa se levarmos em conta um outro aspecto. A ação, nesse enfoque, consiste na formação das redes e, portanto, expressa-se por meio dos intermediários. Não há uma ação sem os intermediários na qual ela esteja inscrita, não há ação sem o(s) suporte(s) respectivo(s), não há ação se a rede não foi formada⁴². Como ressalta Callon, “a ação se manifesta inteiramente na circulação destes intermediários assinalados⁴³ os quais portam as mensagens e descrevem (nos dois sentidos do termo) incansavelmente as redes inscritas nos materiais dos quais eles são constituídos” (CALLON, 1991, p.206, tradução nossa). A ação não se confunde com intenção, mas com a mudança do “estado das coisas”, mesmo que de forma não intencional. É nesse sentido que qualquer intermediário pode ser ator, pois a intencionalidade não é, para a ANT, um determinante da ação (LATOURET, 2005).

A solução desta ambigüidade “ator-intermediário” está, como já expusemos, na identificação dos processos de atribuição que, usando a metáfora teatral que a palavra “ator” instiga, elucidada como foram distribuídos os “papéis” desempenhados na situação. Como afirma o autor, “todo agrupamento, seja ator ou intermediário, descreve uma rede, ele

⁴¹ Nessa ilustração, empregamos a palavra “sistema” em seu sentido usual, especialmente na área de saúde, na qual ela designa o conjunto de políticas e estabelecimentos de saúde existentes para atender a um determinado país ou região. Não há qualquer menção, neste momento, aos efeitos sistêmicos ou às relações entre o ator e o sistema que ela poderia suscitar.

⁴² Isso não quer dizer que a formação da rede esteja condicionada ao sucesso da ação. Um dos trabalhos “fundadores” da ANT, desenvolvido por Callon (1986), demonstra justamente o processo de formação e, depois, de desintegração de uma rede.

⁴³ No original, “bariolés”, que significaria “manchados com cores vivas”. A tradução, por certo, pode ter se aproximado de uma “traição” à ênfase do termo no original.

identifica e descreve outros agrupamentos, atores e intermediários, assim como a natureza e a forma das relações que os unem” (CALLON, 1991, p.209, tradução nossa). A questão que resta investigar, portanto, diz respeito a quais são, afinal, esses mecanismos de atribuição e como eles são definidos. Parte desses mecanismos pode ser identificada explicitamente nos próprios intermediários. Assim, as informações codificadas, valendo-nos da definição mais geral, vêm normalmente acompanhadas da identificação de seu(s) autor(es). É assim com os artigos científicos, os registros de patentes, os relatórios, os projetos arquitetônicos, as plantas de engenharia, etc. Os artefatos técnicos são, via de regra, identificados com o nome ou a marca de seu produtor, possuem manuais de instalação assinados por seus projetistas, permitem verificar a quem são atribuídos. Entretanto, os mecanismos que legitimam uma determinada atribuição nem sempre estão declarados dessa forma. Dependem de convenções que permitem a imputação dos direitos de autoria a um determinado *actante* que passa à condição de ator. Essas convenções, explícitas ou implícitas, variam segundo o tipo de intermediário, de acordo com a extensão e o conteúdo da rede. Cabe identificar essas formas de coordenação, explícitas ou implícitas, que configuram os mecanismos de atribuição e, assim, os atores.

3.2.3 A operação de tradução e a formação da rede

A rede, no âmbito da ANT, atua como uma ferramenta para análise das associações entre entidades, agrupamentos ou, se preferirmos, *actantes* heterogêneos ao longo de uma cadeia de traduções (LATOURETTE, 2005). A RTE, nessa perspectiva, não é uma estrutura organizacional na qual buscamos identificar quem, ou o quê, está cumprindo determinada função. A RTE é um resultado, um traçado estabelecido pelas associações entre os *actantes* (CALLON, 1991). Todo agrupamento descreve uma rede, afirma Callon (1991), o que significa que, a partir de um determinado *actante*, ator ou intermediário, outros agrupamentos podem ser identificados e definidos quanto a sua natureza ou quanto às relações (ou associações) definidas. Nesses termos, podemos interpretar uma rede a partir do ponto de análise que empiricamente for considerado. Seja um ator, seja um intermediário, cada um desses agrupamentos constitui pontos de uma rede e pode ser investigado para compreendermos suas relações internas ou externas. Sendo assim, tanto atores quanto intermediários constituem-se em descritores da rede e, portanto, pontos legítimos de análise a partir dos quais podemos descrever a natureza e a forma das relações que a configuram (CALLON, 1991). À medida que o processo de atribuição ao qual nos referimos nos revela os

atores em situação, estes podem ser caracterizados como “porta-vozes” de um conjunto de atores e intermediários que eles traduziram e em nome dos quais agem e, portanto, configuram a rede. Um ator, podemos então falar, é sempre um ator-rede. Nos termos de Callon,

Isto conduz a falar de ator-rede que podemos notar como $R(A) = Br^1C, Cr^2E, Fr^3H, Kr^4, \dots$. $R(A)$ significa que se trata da rede descrita por A, isto é, inscrita nos intermediários cuja circulação é imputada a A. De A podemos dizer que ele define (por intermediários interpostos) uma série de entidades-grupamentos B, C, E, F, H, K, N (atores ou intermediários, humanos ou não-humanos, puros ou híbridos, coletivos ou não...) ao mesmo tempo em que as relações r^1, r^2 que ligam estas entidades-grupamentos. $R(A)$ não é nada mais do que a ação ela mesma que constrói as redes (seja para consolidar àquelas que já existem, seja para fazer emergir novas) colocando em circulação os intermediários: não temos necessidade de outras definições. (CALLON, 1991, p.209, tradução nossa).

O ator-rede, portanto, confunde-se com a própria ação que constrói as redes ao colocar em circulação os intermediários. Em cada pólo da RTE, podemos ter um ou vários atores-rede que, por sua vez, protagonizam as operações de tradução que interligam esses pólos heterogêneos. Ao traduzir outros atores, ao se afirmar como porta-voz de um conjunto de *actantes*, o ator se constitui em um **ponto de passagem obrigatório** dessa cadeia de associações, que se caracteriza ela própria como uma rede (CALLON, 1986). A tradução, portanto, está no cerne da compatibilidade entre atores-rede que operam originalmente em pólos tão distintos quanto os identificados na RTE e que possuem, vale lembrar, formas de coordenação idiossincráticas.

A traduz B. Isso significa que A estabelece uma determinada definição de B. Essa definição se inscreve em intermediários, em quaisquer das formas, puras ou híbridas, que eles possam assumir. Não é a operação de tradução em si que define o papel de B como ator ou intermediário, mas a definição dada pelo ator que o traduz, no caso, A. A tradução não tem um sentido em geral, ele precisa de um suporte. O intermediário é o operador da tradução ou o dispositivo de envolvimento dos atores traduzidos. Assim, a tradução é o processo que permite identificar essa configuração da rede. Suponhamos dois atores, A e B; a forma como A traduz B dependerá de uma operação de tradução que se dará via um intermediário I. Podemos ilustrar, nos termos do próprio Michel Callon,

A traduz B: A pode ser a empresa que concebeu a máquina, que a produziu, distribuiu, e B o usuário, satisfeito ou descontente, que ocupa o papel previsto para ele, que a ‘serve’ ou a mobiliza. A traduz ainda B, e A é o autor que assina um texto científico do qual B pode ser o leitor visado ou ainda a enzima da qual as performances são descritas. A traduz sempre B,

mas A é o emissor de um empréstimo bancário do qual B é o beneficiário... A tradução, nós o vemos, reside neste tripé $A \rightarrow I \rightarrow B$. (CALLON, 1991, p.210, tradução nossa).

A tradução configura, e expressa no intermediário, uma determinada concepção sobre os atores. “A tradução coloca no centro da análise a entre-definição dos atores e sua inscrição nos intermediários” (CALLON, 1991, p.210, tradução nossa). Ela se encontra no centro do processo de atribuição e, em função da heterogeneidade dos atores envolvidos, pode ser resultado de um processo interativo mais ou menos difícil, evolutivo, no qual podemos identificar compromissos, ou acordos, assumidos por esses atores, mas que pode também ser objeto de contestações, de controvérsias⁴⁴.

A operação de tradução percorre algumas etapas ou momentos da tradução⁴⁵ (CALLON, 1986). A primeira delas, a **problematização**, envolve a identificação e entre-definição dos atores e a definição dos chamados pontos de passagem obrigatórios. Os problemas resultam da definição e da entre-definição de atores que não eram previamente ligados. Em outras palavras, problematizar significa definir os atores e os problemas de sua associação frente a um objetivo a eles imputado (CALLON, 1986). Em suas palavras, “... a problematização descreve um sistema de alianças, ou associações, entre entidades, definindo, deste modo, sua identidade e o que elas querem” (CALLON, 1986, p.206, tradução nossa). Ao estabelecer seu enfoque sobre os problemas a serem enfrentados, sobre como os atores em situação estão posicionados frente a esses problemas, o tradutor estabelece um determinado enfoque sobre a situação, na qual ele se constitui, ou procura se constituir, como ponto de passagem obrigatório, sem o qual o problema não poderia ser resolvido. Uma vez estabelecida a problematização, ela descreve uma “cena”, uma série de “linhas de força” que pressupõem

⁴⁴ As controvérsias, segundo Latour (2005), são os momentos adequados para analisarmos as traduções que configuram determinada rede. Quando uma rede está estabilizada, as traduções são operações rotineiras, nas quais se torna difícil identificar as concepções originais sobre os atores. Nas controvérsias, as traduções precisam ser justificadas, tornando-se assim um momento privilegiado de análise. Segundo Callon, a “controvérsia é toda manifestação pela qual a representatividade do ‘porta-voz’ é questionada, discutida, negociada, rejeitada, etc.” (CALLON, 1986, p.219, tradução nossa).

⁴⁵ Em seu trabalho sobre como macroatores (ou atores-rede) são invocados para solucionar controvérsias e estabelecer relações de poder dentro de organizações, Hernes aponta como o termo tradução pode apresentar diferentes acepções nos trabalhos da ANT (HERNES, 2005). Assim, destaca esse autor, Latour (2001) utiliza no mesmo livro duas concepções diferentes: a tradução como um elemento de um processo contendo outros elementos, como envolvimento, cruzamento, mobilização e deslocamento, e a tradução como um termo geral que se refere a qualquer deslocamento que envolva outros atores e exija uma mediação para que a ação ocorra. Callon (1986), por sua vez, apresenta a tradução como um processo que envolve problematização, atração, envolvimento e mobilização. Já John Law definiria tradução como um processo associado ao estabelecimento de relações de poder, o qual teria como resultado a geração de atores, instituições ou organizações (LAW, 1992). O próprio Hernes opta por uma acepção particular, considerando tradução “como um termo geral para descrever situações onde os atores representam ou evocam macroatores” (HERNES, 2005, p.117, tradução nossa). A definição de Callon (1986), baseada nos quatro momentos da tradução, foi a adotada no presente trabalho.

as interações entre os *actantes*. Nada assegura que eles estejam de acordo com o quadro desenhado pelo ator em questão, uma vez que os atores só são constituídos na ação⁴⁶. A tradução, para se consolidar, implica, portanto, a construção de dispositivos que atraiam e convençam os demais atores das identidades a eles atribuídas na problematização. Estes **dispositivos de atração**⁴⁷ são mecanismos utilizados pelo tradutor para implementar ações que constituam e estabilizem a identidade dos atores proposta na problematização. Dito de outra forma, são esses dispositivos que permitem a produção de acordos sobre a problematização proposta. Esses dispositivos podem ser inscritos em diferentes intermediários e podem ser compreendidos, ainda, como o que Thévenot (1984) definiu como investimentos de forma. O sucesso dos dispositivos de atração significa o sucesso da própria problematização e, assim, a consolidação das associações que ela identifica, em detrimento de outras traduções concorrentes (CALLON, 1986). O resultado de um processo de atração bem-sucedido configura a terceira etapa do processo de tradução – **o envolvimento dos atores**⁴⁸. Vários métodos podem ser utilizados para garantir esse envolvimento, desde a violência física, a sedução, a negociação e as transações até o consentimento sem discussão⁴⁹. No momento em que a tradução já conseguiu consolidar essas três etapas, resta agora a **mobilização dos atores** para que a ação possa tomar seu curso. Esta etapa final envolve sempre a tensão sobre a legitimidade da tradução proposta. Os atores (ou os *actantes*, para sermos mais precisos) desempenharão o que foi previsto na “cena” descrita? Isso depende da legitimidade dos “porta-vozes”, a qual pode ser a todo momento contestada. A tradução implica conceber que um ator se arvora o direito de articular e mobilizar entidades heterogêneas, que podem sempre subverter a tradução proposta e iniciar um processo de dissidência ou controvérsia. Somente quando a representatividade de um “porta-voz” está fora de questão, do mesmo “porta-voz” ou de outro ator que propõe uma nova tradução, a controvérsia é, ao menos temporariamente, encerrada (CALLON, 1986). Por meio dessas etapas – problematização, atração, envolvimento e mobilização –, a operação de tradução

⁴⁶ Callon ressalta aqui o débito dessa concepção do ator ao pensamento de Alain Touraine (2002) e, em contrapartida, o nítido contraste com a visão de Bourdieu (2000; 2005).

⁴⁷ No original, o termo é “dispositif d’intéressement”, o qual optamos por traduzir, com todos os riscos dessa operação, como “dispositivo de atração”. A expressão nos parece resguardar o sentido da original, ou seja, da construção de mecanismos que sejam atraentes para que os atores traduzidos se submetam à tradução proposta.

⁴⁸ Optamos pelo termo envolvimento como a tradução mais adequada, mesmo não o sendo do ponto de vista literal, para o original “enrolment”.

⁴⁹ A produção de um acordo não pressupõe um processo consensual sem conflitos. Como destacam os convencionalistas, em geral os acordos são resultado de processos de negociação forjados a partir de atritos (“efrayés”) (REBÉRIOUX; BIENCOURT; GABRIEL, 2001). As relações de poder, portanto, não estão

descreve os processos de associação entre os atores heterogêneos, tendo que, ao mesmo tempo, dar conta da continuidade dos deslocamentos e das transformações que os atores provocam.

A tradução constitui o mecanismo fundamental da construção das associações e, portanto, das redes. Ela não estabelece, como destaca Callon, nenhuma solução de continuidade entre o ator e a rede, do tipo que encontramos entre ator e sistema, em outras concepções, como no sistema sociotécnico proposto por Geels (2004). Quando um ator-rede traduz outro, se trata ainda de uma tradução. Em suas palavras,

Da agregação-composição de todos estes atores-redes pode resultar uma rede, em geral policêntrica, na qual circulam e se alternam intermediários pertencentes às diferentes categorias distinguidas e propondo traduções mais ou menos compatíveis, mais ou menos contraditórias. Por trás da heterogeneidade dos atores e de suas produções se assemelham a produção de textos, as descrições que às vezes se respondem e se ligam umas às outras. É aqui que a compatibilidade, se ela existe, deve ser pesquisada, e não nas capacidades cognitivas dos atores. (CALLON, 1991, p.211, tradução nossa).

Callon (1991) propõe duas noções que permitem descrever esta dinâmica de relações e inter-relações entre atores e intermediários via operação de tradução: a noção de convergência e a de irreversibilidade. À medida que temos uma seqüência de traduções bem-sucedidas, temos a formação da rede. Podemos falar, então, de **grau de convergência**. O grau de convergência de uma rede indica o grau de acordo das traduções e pode ser considerada como a composição de duas outras medidas: o **grau de alinhamento** e o **grau de coordenação**. De acordo com o sucesso das traduções e considerando os intermediários que a operam, podemos avaliar o alinhamento e a coordenação de uma rede, tecendo, ainda, comentários sobre suas fronteiras. Por grau de alinhamento, Callon (1991) identifica o resultado de um conjunto de traduções bem-sucedidas realizadas entre os atores de uma rede. Quanto mais “estabilizadas” as traduções, mais alinhada a rede. A coordenação diz respeito à regulação do processo de tradução. Geels (2004), ao comentar a existência de diferentes modos de coordenação num sistema sociotécnico, denomina regime sociotécnico as formas de coordenação, ou meta-coordenação, que regulam as relações entre atores inseridos em diferentes regimes (ou pólos, nos termos de uma RTE). Toda operação de tradução está inserida, assim, em determinadas regras ou convenções que delimitam o escopo do processo de atribuição e viabilizam a compreensão entre os atores heterogêneos. A tradução não é somente a passagem de um

excluídas dessa perspectiva. Não poderia ser diferente, dado que compreender essas relações é um dos principais

enunciado de uma forma de linguagem a outra. Essa passagem literal, por assim dizer, não assegura que a tradução reflita o significado do enunciado original. Para que ela possa desempenhar esse papel, a tradução implica transformação, interpretação (LATOUR, 2005). No entanto, para que a tradução resguarde sua legitimidade, é necessário que o processo de interpretação seja circunscrito a determinados parâmetros, ou seja, formas de coordenação que definam os regimes de tradução em cada pólo precisam ser compatibilizadas⁵⁰ (CALLON, 1991). Essas formas de coordenação podem ser gerais, quando se aplicam a qualquer situação, ou locais, quando seu âmbito de interferência é mais restrito. O papel dessa regulação é assim definido,

Todas estas convenções produzem o mesmo resultado, que é de fazer rarear (de maneira mais ou menos estrita, mais ou menos negociável) o universo dos atores possíveis organizando a atribuição e delimitando as traduções estabilizáveis. Eu proponho de chamar formas de coordenação estas regulações que codificam a tradução (em uma certa medida ou de certa maneira mais ou menos durável, mais ou menos restrita, mais ou menos evolutiva). Nas redes tecno-econômicas, que incluem pesquisadores, firmas, usuários, tecnologias, se justapõem à evidência várias modalidades de coordenação (o mercado, a organização, a confiança, o reconhecimento...). Cada uma dentre elas pode ser identificada por um conjunto específico de convenções que definem os regimes de tradução (direitos de ser ator, mecanismos de imputação, faculdade de falar em nome de X...) assim como por categorias particulares de intermediários que servem de suporte à tradução. (CALLON, 1991, p.215, tradução nossa).

Para os efeitos de uma RTE, Callon (1991) propõe que a coordenação seja analisada não em seu conteúdo, mas em sua amplitude. Como vimos desde o início, as RTEs são resultado da associação de atores heterogêneos oriundos de pólos de atividade caracterizados pela natureza distinta de sua atividade, mas também pela forma de coordenação vinculada a cada pólo. Ao se formarem as associações identificadas na problematização, essas formas de coordenação são compatibilizadas, por meio dos dispositivos de atração, do envolvimento e da mobilização, enfim, pelo conjunto da operação de tradução. Essas formas de coordenação podem apresentar duas características relacionadas a sua amplitude: coordenações gerais e

objetivos da ANT (CALLON, 1986, LATOUR, 1986, LAW, 1999).

⁵⁰ Neste ponto, Callon destaca a proximidade da noção de regimes de tradução com a noção de “naturezas” definidas por Boltanski e Thévenot (1991) ao definir os seus seis tipos de grandezas. Ao mesmo tempo, Callon ressalta suas diferenças em relação a essa abordagem, destacando que, contrariamente ao modelo das “Economia das Grandezas”, a noção de regime de tradução destaca o caráter heterogêneo e a articulação entre diferentes formas de coordenação, sem a necessidade da definição de tipos ideais de coordenação. Além disso, acrescenta Callon, pode-se imaginar que cada regime de tradução permite distinguir de forma mais substancial os três pólos, visto que, segundo o autor, “... cada um entre eles pode ser referenciado pelas regulações que lhe são próprias e igualmente pela preeminência de certos intermediários” (CALLON, 1986, p.215, nota de rodapé n.25, tradução nossa).

coordenações locais (CALLON, 1991). O primeiro tipo envolve formas de coordenação válidas para o conjunto dos atores e intermediários, sem considerar especificidades da situação em questão. As condições que habilitam um pesquisador a dirigir pesquisas, os direitos de propriedade industrial e intelectual, são exemplos de normas que vigoram independentemente de uma situação específica e que devem ser levadas em conta em todas as situações ou em todas as RTEs. O segundo tipo envolve formas de coordenação específicas que, coerentes com os preceitos globais das primeiras, desenvolvem parâmetros aplicados localmente ao tipo de ação considerado. Essas formas de coordenação, explícitas ou implícitas, só têm aplicabilidade no contexto que a gerou. Callon (1991) exemplifica esse tipo de coordenação ao mencionar as convenções coletivas de trabalho aplicadas a um determinado grupo de trabalhadores, os critérios específicos de um determinado projeto, os desdobramentos de normas gerais, como a de propriedade intelectual, no interior de um determinado pólo de atividade (na universidade, os direitos de propriedade de determinada pesquisa serão distribuídos entre o grupo de pesquisa responsável e a universidade, segundo padrões próprios definidos em um regulamento específico), a constituição de uma marca com certificado de origem controlada, que especifica critérios próprios a serem preenchidos para a obtenção daquele registro, coerentes com os critérios gerais de registros de marcas, mas que não são substituíveis por aqueles e assim por diante. Callon (1991) propõe que o grau de coordenação de uma rede será maior na medida em que às normas de caráter geral forem adicionadas outras de caráter local. Nas palavras do autor,

Nós falaremos de coordenação fraca para caracterizar a rede que, considerando as convenções geralmente aceitas num momento dado, não tenha adicionado regras e procedimentos 'locais' de coordenação. A coordenação será chamada de forte no caso oposto. Quando uma coordenação é forte, o universo de traduções é rareado e as redes aumentam em previsibilidade; quando ela é fraca, o princípio de rarefação se relaxa, as fusões e associações se multiplicam. (CALLON, 1991, p.216, tradução nossa).

O grau de convergência seria, então, uma espécie de índice resultante das análises do grau de alinhamento e do grau de coordenação. Quanto maiores o alinhamento e a coordenação, mais convergente seria a RTE (CALLON, 1991). Uma rede convergente tende a ser uma rede em que atores, intermediários e, portanto, os processos de atribuição estão estabilizados. Nessas situações, o grau de convergência permite também identificar os limites de uma rede. Segundo Callon,

Diremos que um elemento Y está fora da rede (R) se a consideração das ligações que o unem aos atores (A, B, C...) de R faz decrescer de maneira significativa o grau de convergência da rede: alinhamento e coordenação se encontram enfraquecidos pelas novas traduções. (CALLON, 1991, p.217, tradução nossa).

A noção de tradução traz à baila, ainda, a de irreversibilidade. Ao passo que o grau de convergência indica um acordo em torno da tradução proposta, seja pelo seu alinhamento, seja por sua compatibilidade com os mecanismos de coordenação vigentes, a irreversibilidade está relacionada com a consolidação desse acordo e com sua influência nas próximas traduções. Uma determinada tradução que se estabelece exclui outras possibilidades, ao menos momentaneamente. Ela define, em certa medida, as próximas traduções e quais são os atores considerados legítimos ou representativos na situação. Essa característica da rede é uma característica relacional, na medida em que as traduções “vitoriosas” são consequência das interações entre os atores considerados. À medida que se estabiliza, a tradução se torna uma norma e influencia decisivamente as traduções posteriores, fazendo com que revisões críticas dessa tradução tenham cada vez mais dificuldade de lograr êxito, num movimento similar ao representado pelo conceito de path-dependence (LATOUR, 2005; TEECE, 1986; DAVID, 1985). A controvérsia, no entanto, não está excluída; logo, a possibilidade de reversão das traduções, e da própria rede, permanece aberta.

3.2.4 A dinâmica e a “pontualização” das RTEs

A dinâmica das RTEs pode ser abordada quanto aos seus aspectos internos, ou seja, à evolução do seu comportamento no que diz respeito aos atores e aos intermediários que a constituem, bem como em relação aos seus aspectos externos, ou seja, no que diz respeito ao seu engajamento na dinâmica de outras redes. Sobre a dinâmica interna das RTEs, Callon (1991) propõe que seja analisada a partir de três dimensões: a sua extensão, considerando seu alongamento ou encurtamento; o seu grau de convergência, resultante do alinhamento e das formas de coordenação; e a sua irreversibilidade/reversibilidade.

Essas dimensões, como podemos notar, derivam da análise de diferentes aspectos da operação de tradução, os quais elas permitem qualificar. Assim, a extensão diz respeito à incorporação ou à perda de atores e intermediários. De acordo com a discussão precedente, uma vez que a ação se confunde com a formatação da rede, essa dimensão mensura a própria extensão da ação. O grau de convergência é um indicativo do sucesso das traduções, seja por seu alinhamento, seja por meio da sua coordenação. Por fim, a irreversibilidade de uma rede

está associada com o que poderíamos chamar de condicionamento das traduções posteriores, ou efeito de *lock-in*, e deriva, como a convergência, do grau de acordo em torno das traduções.

Callon (1999) propõe que essas três informações, dispostas num diagrama semelhante ao da figura 6, são suficientes para visualizarmos as trajetórias de uma rede. À medida que se alteram os graus de convergência, de irreversibilidade e a extensão da rede, novos atores e intermediários são mobilizados, o que modifica o conteúdo e a morfologia da rede. Sempre que essas variações ocorrem, mais imprevisíveis se tornam as trajetórias da rede. O comentário de Callon a este respeito é bastante claro,

Quanto mais a trajetória percorre os diferentes quadrantes do diagrama, mais as mudanças na extensão da rede são frequentes e mais as transformações da rede são profundas. Com efeito, quando as traduções variam, se modificam totalmente de uma vez o conteúdo dos intermediários que circulam, a identidade dos atores e a morfologia das suas relações. (CALLON, 1991, p.223, tradução nossa).

Do ponto de vista de seu alongamento/encurtamento, a dinâmica da rede está relacionada com sua extensão do pólo mercantil em direção aos pólos técnico e científico. Este último, em especial, representaria a maior possibilidade de extensão da rede, envolvendo na cadeia de associações, que resulta num determinado bem ou serviço, os *actantes* do pólo científico. Uma extensão desse tipo pode ser identificada quando o processo de concepção de um novo produto envolve a pesquisa fundamental. Da demanda do consumidor (pólo mercantil), expressa diretamente ou identificada pelas pesquisas de mercado, à nova versão do produto envolvendo pesquisa fundamental, em seguida aplicada no pólo técnico, eis o desenho de uma cadeia de traduções que culmina numa rede alongada.

No que diz respeito à convergência, uma rede pode se tornar mais ou menos convergente de acordo com o grau de alinhamento e de acordo com o tipo de coordenação em vigor, como discutimos na seção anterior. Em outras palavras, o grau de convergência indica um acordo em torno da tradução, uma estabilidade no encadeamento das traduções efetuadas pelos atores e inscritas nos diversos intermediários. Como vimos ao discutir a operação de tradução, essa pode ser questionada a qualquer tempo e em qualquer uma de suas etapas. À medida que os questionamentos avançam, o grau de alinhamento decai e, com ele, o grau de convergência. A dinâmica da rede, no que diz respeito à convergência, pode também ser afetada pelo tipo de coordenação vigente. Uma coordenação forte, assentada em normas locais, pode ser afetada por conflitos em torno dessas normas explícitas ou implícitas (REBÉRIOUX; BIENCOURT; GABRIEL, 2001). Assim como uma coordenação geral,

portanto, fraca nos termos de Callon, pode ser a qualquer momento associada a regramentos localizados que ampliem o grau de convergência.

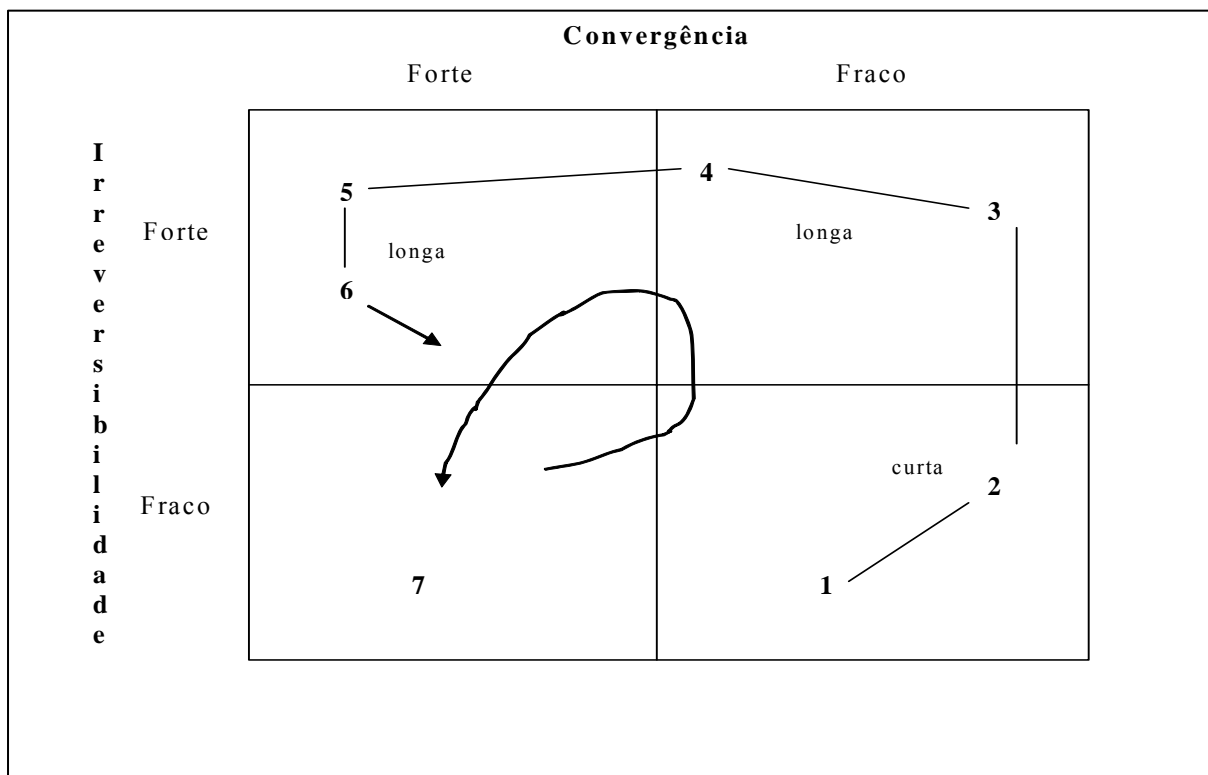


Figura 7 – Exemplos de trajetórias resultantes da dinâmica interna de uma RTE

Fonte: Adaptado de Callon (1991, p.222).

A terceira dimensão da dinâmica interna é reservada ao processo de irreversibilização. Quanto maiores a irreversibilidade e a convergência de uma rede, mais as operações de tradução se assemelham às rotinas, nos termos definidos pelos economistas neoschumpeterianos (DOSI, 1982; NELSON; WINTER, 1982). Mas o processo de tradução está sempre aberto, diante da possibilidade de que outro *actante* proponha uma tradução diferente, com uma problematização mais adequada à ação em curso, com novos dispositivos de atração que envolvam os atores e os intermediários concernidos, capazes, assim, de reverter os encadeamentos, ou as associações, anteriormente estabelecidos. Callon (1991) chama a atenção para a possibilidade de uma confusão ao diferenciarmos as noções de convergência e irreversibilidade, sobretudo ao abordarmos a dinâmica das redes, em que a irreversibilidade, embora possa ser atribuída em grande medida ao caráter convergente da tradução, não pode ser explicada apenas como um resultado deste. Em suas palavras,

Nós podemos ser tentados a confundir as duas noções de convergência e de irreversibilização. Na realidade, elas não correspondem aos mesmos mecanismos. A convergência descreve a construção do acordo. A irreversibilização corresponde a um acordo que se fortalece, que exclui uma volta atrás e torna previsíveis as traduções a vir. Se é difícil imaginar a criação de irreversibilidade sem um mínimo de convergência, é, por outro lado, perfeitamente possível que uma forte convergente seja ao mesmo tempo reversível, transitória, efêmera, volátil. Além disso, numa rede convergente, as zonas fortemente irreversíveis podem perfeitamente coexistir com outras que o são menos. A convergência é, ao menos até certo ponto, necessária à fabricação de irreversibilidades, mas ela não é jamais suficiente. (CALLON, 1991, p.222-223, nota de rodapé n.29, tradução nossa).

A trajetória de uma rede tecno-econômica está, dessa forma, associada à dinâmica das próprias operações de tradução. Esta, como Callon (1991; 1999) alerta, constitui-se num processo mais ou menos consolidado, no qual a tensão e a possibilidade de controvérsia, logo, de novas traduções, estão sempre colocadas. Dito de outra forma, dadas as características do processo de associação que forma a rede, principalmente no que diz respeito à liberdade de associação dos atores e dos intermediários, a trajetória de uma rede – ou a dinâmica das operações de tradução – não pode ser definida *a priori*, constituindo-se esse processo em um mecanismo endógeno de evolução cujas trajetórias podem ser múltiplas e, em princípio, incertas.

Os elementos da dinâmica das RTEs permitem que uma inovação possa ser interpretada como a constituição de uma *rede emergente*, seja pela incorporação de novos atores à tradução existente, seja pela contestação do “porta-voz” e o surgimento de uma tradução alternativa (CALLON, 1999). A estabilidade, ou a rotina, para usarmos a noção evolucionária do termo, seria caracterizada por uma *rede consolidada*, na qual a tradução em vigor permanece aderente à realidade das associações em curso. Uma rede estável pode ser facilmente assimilada a um ponto (pontualização) e incorporada em outras traduções, em outras redes, seja como um ator, seja como um intermediário (CALLON, 1991). O mecanismo de pontualização, decorrente da consolidação de uma rede, permite vislumbrar as associações sucessivas entre diferentes atores-rede e, assim, a passagem micro-macro (da rede que configura o ator, do ator ao ator-rede, da rede a outras redes), evitando soluções de continuidade e permitindo que, em diferentes níveis de análise, possamos manter o mesmo método de abordagem⁵¹ (CALLON, 1999).

⁵¹ Essa vantagem da abordagem teórico-metodológica da RTE vai ao encontro de uma das principais dificuldades das abordagens sistêmicas da inovação, qual seja, segundo Geels (2004), a de combinar diferentes níveis de análise.

3.3 RTE como *framework* para análise da dinâmica dos processos de inovação no setor de serviços

Analisar os processos de inovação em serviços a partir da noção de RTE nos permite enfrentar algumas das principais dificuldades detectadas nas tentativas de desenvolver uma abordagem integradora da inovação, sobretudo no que diz respeito a sua operacionalização. Em primeiro lugar, fornece-nos um esquema analítico compatível com o enfoque relacional do produto do serviço, ou seja, podemos analisar a prestação de serviço de acordo com a definição em termos de relação e, por conseguinte, lógicas de serviço que desenvolvemos em nosso primeiro capítulo, contemplando o contexto de cada prestação. Essa contribuição torna-se mais clara à medida que a relação de serviço pode ser compreendida como o desenrolar de operações de tradução que se processam entre atores heterogêneos. Em segundo lugar, a RTE permite articular essa definição com o processo de inovação, envolvendo diferentes atores, formas, finalidades e determinantes da inovação numa mesma abordagem que, em tudo resguardando as especificidades mencionadas, demonstra a variabilidade do processo de inovação, escapando a qualquer rigidez imposta pela tecnologia ou por outro fator estranho à prestação, em diferentes níveis de análise. Sendo assim, podemos desenvolver um *framework* que, a partir desses elementos, nos será extremamente útil para a combinação de diferentes níveis de análise nos casos de inovação identificados neste estudo.

3.3.1 A RTE e a produção de serviços

Definimos a produção de serviços em termos de lógicas que relacionam duas dimensões: as capacidades mobilizadas – técnicas ou humanas – e os modos de acionamento do serviço – demanda de intervenção e disponibilização (GADREY, 2000). Nesses termos, definindo o produto do serviço como uma configuração sociotécnica (CALLON; MÉADEL; RABEHARISOA, 2002), as interações constituintes da relação de serviço nos permitem vislumbrar um conjunto de associações, envolvendo atores e intermediários heterogêneos, tal qual no processo de formação de uma RTE. Não se trata de considerar aqui a rede como um tipo de arranjo produtivo ideal para a prestação de serviços, mas, ao contrário, propor que os “traços” deixados no percurso de uma relação de serviço desenham uma rede, permitindo o uso dessa metáfora como uma ferramenta heurística apropriada. Mesmo sem se valer da noção de RTE, as análises de Gadrey (1994a) sobre a evolução da relação de serviço em diferentes setores (serviços financeiros, hipermercados e consultorias) demonstram como

podem ser observadas diferentes geometrias dessa relação e estes diferentes formatos, atuar como indicadores da maior ou menor complexidade da relação de serviço. Desde a formação em triângulo, como em sua definição inicial (GADREY, 1991), às formações envolvendo outros atores que intervêm em determinados ramos de serviços, a relação de serviço evolui “desenhando” e “redesenhando” essas redes. Prestadores, individuais ou coletivos, usuários, instituições de regulação e outros atores potenciais se interligam, ou podem se interligar, para a produção de um determinado serviço. As dimensões operacional e social da relação de serviço, analiticamente separadas em nossa exposição inicial, podem agora ser visualizadas conjuntamente, assim como a produção de acordos que dão contornos ao produto do serviço e viabilizam a prestação do serviço.

A formação da rede, como vimos, dá-se por intermédio de operações de tradução estabelecidas entre os atores. Essas traduções, quando observadas na produção de serviço, podem ser identificadas na forma como o serviço é ofertado. Se tomamos como ponto de observação a organização prestadora de um serviço, imputando-lhe assim o papel de ator, a interpretação vigente sobre as expectativas dos clientes poderá ser verificada por meio das operações de serviço mobilizadas na prestação. Em outras palavras, o produto do serviço pode ser considerado como o resultado de uma tradução predominante, que representa o estado da rede naquele momento, ou seja, o grau de acordo (ou convergência) das traduções vigentes. Dada a possibilidade de contestação das traduções, essa concepção permite lidar sem dificuldades com a questão da variabilidade do produto: ela pode ser considerada como resultado do espectro de traduções possíveis, decorrente da pluralidade das lógicas de ação dos envolvidos, que podem jogar um papel fundamental numa determinada relação de serviço.

As operações de serviço, cabe lembrar, estão relacionadas com o tipo de suporte sobre o qual incide a prestação do serviço. Sendo assim, a utilização de operações materiais, informacionais, relacionais ou metodológicas, de forma isolada ou combinada em diferentes proporções, além de constituir determinadas características de serviço, gerando o produto do serviço (GALLOUJ, WEINSTEIN, 1997; GALLOUJ, 2002a), permite identificar como os vínculos entre os atores da relação foram estabelecidos. Ou seja, ao “seguirmos” as operações de serviço, podemos identificar as traduções vigentes, o produto do acordo em torno do serviço, sem precisarmos limitar a potencial variabilidade dos serviços a um número de características predefinidas. Cada operação descreve a mobilização das capacidades humanas e técnicas da organização em direção aos suportes do serviço e correspondem ao desenrolar de uma tradução sobre o engajamento dos meios e dos resultados esperados em determinada

prestação. Em outras palavras, as traduções expressas nas operações de serviço permitem identificar as convenções de serviço, envolvendo o processo de qualificação e os modos de coordenação prevalecentes. A opção por um serviço automatizado, por exemplo, em detrimento da presença de um agente da organização que presta o serviço, indica uma interpretação sobre as expectativas em relação a esse serviço e, no mesmo sentido, as possibilidades de ele ser previsto para um número considerável de usuários. Não se trata de uma decisão puramente técnica, uma incorporação “neutra” da tecnologia disponível, mas, isto sim, de uma decisão que envolve julgamentos, suposições sobre o cliente/usuário do serviço e que reúne questões técnicas, sem dúvida, mas uma série de considerações de ordem socioeconômica que derivam, em outros aspectos, dos elementos relacionais da prestação. Um serviço determinado, observado num momento dado, apresenta esses julgamentos cristalizados e, sem a ocorrência de problemas, ou seja, sem questionamentos sobre as traduções realizadas, o serviço se desenrola da maneira planejada, sem expor o processo sociotécnico da sua configuração. Nesse caso, a produção de serviços pode ser interpretada como uma rede consolidada. Ao abordarmos a produção em serviços em termos de RTE e, sobretudo, as inovações em serviços, como discutiremos a seguir, temos a possibilidade de agregar um instrumental analítico que permite desvelar a construção sociotécnica do serviço. Os processos de inovação em serviços são momentos privilegiados para observarmos a constituição dessas traduções. Equivaleriam, em certa medida, às oportunidades concedidas pelas controvérsias científicas, tal como sustentado por Latour (2005) no quadro da ANT. Nesses momentos, o processo decisório sobre as características de determinado serviço fica visível. Se em seu desenrolar, mais ou menos rotineiro, a prestação do serviço não deixa transparecer o contexto sociotécnico que lhe configurou, nos processos de inovação essas questões vêm à tona e podem ser analisadas como processos de construção, “desconstrução” ou reconstrução das redes.

3.3.2 RTE, relações de serviço e a abordagem integradora da inovação em serviços

Consideramos que o principal diferencial da RTE em nossa análise da inovação em serviços está em sua articulação, sob o mesmo instrumental metodológico, de diferentes níveis de análise. Ou seja, compreendemos que sua aplicação à análise da produção e da inovação em serviços permite relacionar os aspectos de uma prestação específica com os mecanismos de coordenação que a envolvem, e que por ela são dialeticamente produzidos, sem que para isso tenhamos que abstrair a variabilidade de concepções justificáveis do

produto do serviço (GADREY, 2001). Trata-se da análise conjunta das dimensões que até aqui abordamos separadamente. Na decomposição funcional da produção de serviços, desenvolvida por Gallouj (1999; 2002), a introdução da noção de competências e a mobilização do conceito de produto como conjunto de características (GALLOUJ. WEINSTEIN, 1997) trouxe à baila a idéia de que essas são “funções externas” que se agregam às “funções internas”, caracterizadas pelas operações de serviço, na produção dos serviços. Uma separação similar foi adotada ao apresentarmos a relação de serviço em suas dimensões operacional e socioeconômica. Sendo assim, a prestação de serviços seria desenvolvida por meio das operações de serviço, ou seja, pelas ações desenvolvidas nos suportes do serviço, desde o triângulo até as geometrias mais complexas, as quais seriam mobilizadas por capacidades humanas ou técnicas que se configuram antes da prestação e que buscam levar essa prestação às características desejadas do serviço, também definidas externamente à prestação específica analisada. A questão que restaria em aberto, e que está no centro das dificuldades que apontamos no diálogo entre as abordagens teóricas da inovação em serviços e a teoria neo-schumpeteriana, é como essas características são definidas e em que direções elas podem evoluir. Trata-se, num novo enunciado, de uma re colocação da questão sobre o que é o produto do serviço e como ele evolui.

A abordagem em termos de RTE, por sua vez, permite-nos vincular uma prestação de serviço dada às condições da rede em que ela é produzida: quantidade e tipo de atores, quantidade e tipo de intermediários, grau de convergência das traduções, eis alguns elementos que levariam a identificar a formação de um determinado produto do serviço e que o associariam os elementos “externos” e “internos”. Nessa perspectiva, o vínculo da produção com os demais *actantes* da rede permite vislumbrar as condições de uma prestação pontual, mas também do ramo, ou setor, de atividade, já que uma prestação determinada resultará na mobilização de intermediários – nesse caso, via operações de serviço –, os quais serão portadores de traduções realizadas pelos atores da prestação de serviço e que reuniram interpretações sobre os aspectos relacionais, sobre as expectativas, sobre os mecanismos de coordenação. A prestação do serviço pode ser vista como uma rede, foi o que viemos de afirmar, e a descrição dessa rede nos permite abordar de forma conjunta o que até aqui, ao considerarmos as abordagens sistêmicas, nos víamos obrigados a separar: os aspectos operacionais e os aspectos socioeconômicos da produção de serviços. Segundo Green et al (1999), a RTE permite um exame dos processos de inovação que não pressupõe um determinado nível de análise, mas que permite, a partir de inovações específicas, em geral observadas no nível microeconômico, ou organizacional, desenhar o conjunto de associações

que são mobilizadas no processo de inovação considerado. Logo, a RTE, e não um sistema setorial, pode constituir o *framework* mais adequado para análise da dinâmica da inovação em serviços considerando a variabilidade do produto e, ao mesmo tempo, a singularidade de cada ramo (ou setor) de serviços tendo, como ponto de partida, inovações – ou soluções de problemas ou oportunidades, como propuseram Tether e Metcalfe (2004) – específicas.

Essa questão é incontornável para a construção de uma abordagem integradora, pois, como vimos, diferentes concepções sobre o produto do serviço são possíveis numa mesma relação de serviço, o que impossibilita a definição de uma trajetória única de evolução em um determinado ramo de serviço. É justamente nesse ponto que residem as principais dificuldades no diálogo com a teoria neo-schumpeteriana, sobretudo a partir de seus estudos taxonômicos (PAVITT, 1984; MIOZO; SOETE, 2001). Vimos que as especificidades da produção de serviços não chegam a demandar uma reformulação do conceito de inovação (HAUKNES, 2002), embora a tipologia schumpeteriana seja de aplicabilidade discutível (GALLOUJ, 2002a). Do mesmo modo, vimos que o conceito de trajetória pode ser objeto dessa integração, uma vez que consideramos o produto do serviço em termos de características e admitimos a possibilidade de sua evolução, que, nos termos dessas características, não se limita aos componentes tecnológicos (materiais), podendo assumir múltiplas configurações (GALLOUJ, 1999) no mesmo tipo de serviço e na mesma organização. Green et al (1999), ao comparar os enfoques de rede tecno-econômica e de paradigma tecno-econômico (FREEMAN; PEREZ, 1988), ressaltam como a idéia de trajetória tecnológica, vinculada ao ambiente de seleção, duas categorias centrais na perspectiva evolucionária, é próxima da concepção da Actor Network Theory de construção conjunta do mercado, ou ramo de atividade, e da tecnologia. O que no caso dos serviços, estamos sustentando aqui, pode ser comparado à definição simultânea dos contornos de uma atividade, das operações de serviço mobilizadas e de seu modo de coordenação. Entretanto, vimos também que, nas tentativas de mobilizar esses conceitos para além de uma prestação específica, considerando as abordagens de sistemas de inovação, a variabilidade do produto do serviço se apresentou como uma importante dificuldade na ampliação do nível de análise. O arcabouço teórico-metodológico da RTE, partindo da identificação de inovações na prestação de um serviço, nos termos das mudanças nas operações de serviço mobilizadas ou das características que compõem esse serviço, nos permite transpor mais esse obstáculo, que de resto não é restrito ao caso dos serviços (GEELS, 2004), na perspectiva de uma abordagem da inovação em serviços que dialogue com a teoria neo-schumpeteriana, que permita integrar bens e serviços na mesma perspectiva, sem que as singularidades da produção de serviços resultem subsumidas.

3.3.3 RTE e a análise de inovações em serviços

No contexto de uma determinada relação de serviço, interpretada sob a noção de RTE, a inovação pode ser considerada como uma tentativa de solução de um problema na tradução vigente, seja em seus aspectos técnicos (as operações de serviço), seja em seus aspectos sociais ou relacionais. Os processos de inovação seriam, assim, tentativas de estabilizar uma tradução contestada ou de desenvolver e implementar uma nova tradução. No estudo de Gadrey (1994a), mencionado acima, o autor mostra como a evolução das relações de serviço tem seguido, nos setores considerados, em direção a um enriquecimento das operações relacionais que vai de par a um movimento de automatização das operações mais simples, mais previsíveis, afeitas à padronização. A mobilização das diferentes operações permite desde a consideração de inovações nas operações existentes, como essas são aperfeiçoadas, modificadas, substituídas, como também na evolução da relação de serviço. A dinâmica da relação de serviço, por sua vez, pode ser observada pelo envolvimento de novos atores (com a elaboração de novos dispositivos de atração) ou pela exclusão de outros e, assim, detectada por mudanças na geometria da rede.

A inovação considerada sob essa abordagem permite integrar diferentes determinantes, finalidades e formas de inovação sob um mesmo enfoque. Se, de um lado, as mudanças na geometria (ou morfologia) da rede, suas extensões ou encurtamentos, permitem verificar a entrada, ou saída, de atores do processo de configuração do serviço, de outro, as mudanças nas operações de serviço consideradas permitem contemplar diferentes fatores na evolução do serviço prestado. A introdução de um equipamento, por exemplo, que pode ser interpretada em termos de uma nova operação material agregada à prestação do serviço, deixa de ser identificada no bojo de uma abordagem tecnicista e, portanto, exógena às atividades de serviço, para ser interpretada a partir das transformações (problematização) nas traduções vigentes e, portanto, de forma endógena à rede considerada. O mesmo marco teórico desenvolvido poderia ser utilizado na análise de inovações no relacionamento com os clientes ou originadas da introdução de novos métodos de prestação de um serviço. Trata-se de uma aplicação ao caso dos serviços do princípio da simetria, inerente à RTE (CALLON, 1986; LATOUR, 2005). Não há uma predeterminação de quem são os atores nas inovações. Um equipamento, ou seus fabricantes, poderia ser o ator de um processo de inovação, como proporia a abordagem tecnicista, ou intermediário, como suporia a abordagem baseada em serviços. Os suportes da prestação do serviço, equivalentes aos intermediários nessa abordagem, podem ser os protagonistas em diferentes processos de inovação, dentro de um

mesmo setor de serviços. Esse enfoque permite que inovações que se originam de tentativas de adaptação às normas emitidas por um organismo de tutela ou que visam padronizar determinados aspectos da prestação, embora motivadas por razões diferentes, possam ser analisadas pelo mesmo enfoque: alterações no *design* da rede e nas características do serviço ou mudanças nas operações de serviço.

Ao considerarmos a relação de serviço como uma RTE, ou rede sociotécnica, podemos analisar diferentes processos de inovação como tentativas de estabelecer novas traduções capazes de restabelecer as rotinas, de aprimorar as características do serviço considerado, ou desenvolver novos serviços, que atendam às exigências dos atores da relação ou de novos atores incorporados à rede, adicionando ou suprimindo características do serviço. Uma vez que a dinâmica da RTE está associada à operação de tradução (CALLON, 1991) e que consideramos que as operações de serviço permitem vislumbrarmos as traduções em vigor, a mesma pluralidade atribuída às operações de tradução permanece compatível com o enfoque de que há várias concepções de serviço justificáveis. Sendo assim, a RTE, diferentemente dos estudos taxonômicos neo-schumpeterianos e de forma compatível com a decomposição funcional proposta por Gallouj (1999; 2002), também admite trajetórias múltiplas de inovação, cuja direção não pode ser prevista *a priori*.

CONCLUSÃO DA PRIMEIRA PARTE

A primeira parte desta tese foi dedicada a uma revisão da literatura que procurou articular três questões: o conceito de atividade de serviço, a forma como a teoria da inovação contempla essa abordagem e a apresentação do conceito de rede tecno-econômica como alternativa para a construção de uma abordagem integrada da inovação em serviços, capaz de lidar com a variabilidade do produto do serviço. Organizada em três capítulos, a discussão nos possibilitou algumas conclusões.

Em primeiro lugar, vimos que bens e serviços podem ser objeto de um mesmo tratamento analítico a partir do momento em que, em vez das separações tradicionais entre setores da atividade econômica, passamos a ter como critério de análise a intensidade da relação de serviço. Esta pode ser caracterizada como uma forma de coordenação, que possui aspectos operacionais e socioeconômicos, necessária a partir do envolvimento do cliente/usuário como co-produtor. Ainda que esse envolvimento não seja uma exclusividade dos serviços, pudemos ver que, nos serviços, a relação de serviço possui algumas especificidades. Os serviços, então, são definidos, a partir da contribuição de Gadrey (2000), em termos de lógicas de serviço, que podem ser verificadas em diferentes ramos de serviços, mas também na prestação de um mesmo serviço, numa mesma organização. A principal conclusão desse debate foi sobre a variabilidade do produto do serviço, que, finalmente, só pode ser definido – e, assim, orientar as atividades de produção e inovação – de forma convencional.

Ao examinarmos como a teoria da inovação, de matriz neo-schumpeteriana, lida com a questão dos serviços, pudemos verificar que suas bases conceituais não são contraditórias com a definição dos serviços avançada anteriormente. Pudemos analisar as diferentes abordagens da inovação em serviços, passando pela tecnicista e pela baseada em serviços para, finalmente, apontarmos nossa concordância com a perspectiva integradora (GALLOUJ, 1994; 2002), que vislumbra a construção de um marco teórico comum, mas ao mesmo tempo capaz de lidar com as especificidades setoriais. No entanto, quando as abordagens integradoras da inovação em serviços enveredaram para as análises sistêmicas, a variabilidade do produto do serviço se mostrou um obstáculo importante.

Em seguida, apresentamos o conceito de rede tecno-econômica, proposto por Michel Callon (1991), como alternativa às abordagens sistêmicas. Procuramos demonstrar como essa perspectiva se articula com a teoria da inovação e com o conceito de serviços sem que a

variabilidade do produto do serviço seja um obstáculo para a compreensão global da dinâmica da inovação em serviços. É com base nesse marco conceitual, fruto dessa discussão, que desenvolvemos, na próxima parte, nossa abordagem da inovação nos serviços hospitalares brasileiros e franceses.

**PARTE II – A DINÂMICA DA INOVAÇÃO NOS SERVIÇOS
HOSPITALARES NO BRASIL E NA FRANÇA**

INTRODUÇÃO DA SEGUNDA PARTE

A segunda parte desta tese tem como objetivo analisar a dinâmica da inovação nos serviços hospitalares nos termos do marco teórico apresentado. Para tanto, ela está organizada em três capítulos, dedicados ao nosso objeto de pesquisa, a inovação nos serviços hospitalares, seja na aplicação do marco teórico geral desenvolvido, seja na sua investigação empírica.

O capítulo 4 tem como objetivo apresentar um modelo conceitual para análise da inovação em serviços hospitalares que combine a definição de serviços adotada com as peculiaridades dos serviços hospitalares. Ele apresenta, inicialmente, uma representação do serviço hospitalar que combina os conceitos de relação de serviço e RTE. Na sequência, procuramos discutir as implicações dessa definição em termos de análise dos processos de inovação. Apresentamos a decomposição funcional do serviço, proposta por Gallouj (1999; 2002), aplicada ao caso dos serviços hospitalares (DJELLAL et al, 2004; DJELLAL; GALLOUJ, 2005), o que resulta numa decomposição funcional do serviço hospitalar e em uma grade analítica da inovação nos serviços hospitalares, propostas por Djellal et al (2004). Por fim, discutimos como a combinação dessas duas abordagens nos permite a interpretação, no seio das atividades de serviço, dos diferentes determinantes, atores, formas e finalidades de inovação, enfim, da dinâmica da inovação nos serviços hospitalares.

O capítulo 5 apresenta o nosso método e procedimentos de pesquisa. Ele está organizado em quatro seções. Inicialmente, discutimos os motivos que nos levaram à opção metodológica adotada, ou seja, o estudo de caso como estratégia de pesquisa. Nessa mesma seção, procuramos estabelecer uma delimitação dos casos estudados, bem como o potencial do estudo comparativo proposto ao estudarmos casos no Brasil e na França. Em seguida, são apresentadas as principais características do sistema de saúde no Brasil e na França, focalizando a forma de inserção dos serviços hospitalares em cada um desses sistemas. Os elementos considerados nos permitem identificar os principais atores dos serviços de saúde nos dois países os quais, por sua vez, nos conduzem a alguns dos principais condicionantes da atividade hospitalar e da sua dinâmica. Na terceira seção, apresentamos os procedimentos de coleta de evidências, em que discutimos os diferentes tipos de entrevistas realizadas e as fontes adicionais de dados consideradas. Na seção final, comentamos os procedimentos de análise adotados, indicando sua vinculação com o modelo conceitual apresentado.

O capítulo 6 finaliza esta parte. Nele são apresentados os casos de inovação identificados. Sua organização está baseada em duas seções iniciais, uma dedicada aos casos brasileiros e outra aos casos franceses. No interior dessas seções, há uma subdivisão de acordo com a natureza dos hospitais, pública ou privada, de forma a facilitar a percepção de como essa característica pode estar relacionada com o tipo de inovação encontrado. A terceira seção é dedicada à análise conjunta dos casos, discutindo a dinâmica dos processos de inovação relatados e destacando as diferenças comparativas entre as trajetórias de inovação percebidas no Brasil e na França.

Ao final desta parte, esperamos ter desenvolvido uma perspectiva de análise que compatibilize as especificidades dos serviços com uma análise do processo de inovação que contemple não somente as inovações resultantes dos aspectos operacionais da prestação de serviço, mas também dos seus aspectos socioeconômicos. Uma perspectiva capaz dessa articulação habilitar-nos-ia a compreender a dinâmica da inovação em serviços de forma global, envolvendo os diferentes atores e determinantes desses processos, mesmo num contexto de variabilidade do resultado do produto do serviço.

4 PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SERVIÇOS HOSPITALARES: ELEMENTOS PARA UMA ANÁLISE EM TERMOS DE REDE TECNO-ECONÔMICA

A definição da produção de serviços que apresentamos permite analisar a produção de serviços hospitalares a partir do conceito de rede tecno-econômica (RTE). Essa perspectiva nos permite levar em conta todos os atores, diretos e indiretos, da prestação de serviço hospitalar, bem como analisar sua evolução de uma forma integrada, associando as questões técnicas e sociais envolvidas e, portanto, desenvolvendo uma percepção coerente com a noção de produto do serviço definida. Este capítulo tem como objetivo apresentar um modelo de análise da inovação em serviços hospitalares que combina a visão teórica dos serviços, que desenvolvemos na primeira parte deste trabalho, com as singularidades e a complexidade dos serviços hospitalares.

Iniciamos com uma tentativa de representação do serviço hospitalar que combina os conceitos de relação de serviço e RTE. Na seqüência, procuramos discutir as implicações dessa definição em termos de análise dos processos de inovação. Apresentamos a decomposição funcional do serviço, proposta por Gallouj (1999; 2002a), aplicada ao caso dos serviços hospitalares (DJELLAL et al, 2004; DJELLAL; GALLOUJ, 2005), o que resulta numa decomposição funcional do serviço hospitalar e em uma grade analítica da inovação nos serviços hospitalares, propostas por Djellal et al (2004). Por fim, discutimos como a combinação dessas duas abordagens nos permite a interpretação, no seio das atividades de serviço, dos diferentes determinantes, formas e finalidades de inovação, enfim, da dinâmica da inovação nos serviços hospitalares.

4.1 Relação de serviço e uma representação dos serviços hospitalares em termos de RTE

Os serviços hospitalares são abordados a partir de diferentes formas na literatura e em diferentes contextos. Djellal et al (2004) apontam quatro enfoques recorrentes, sobretudo nos trabalhos que se destinam ao estudo da introdução de inovações. Um primeiro grupo associa o hospital à idéia de função de produção, em que a organização hospitalar seria o *locus* da combinação ótima dos fatores de produção na geração da assistência médica. Um segundo grupo compreenderia os hospitais como um conjunto de capacidades biofarmacológicas e tecnológicas, enquanto um terceiro grupo associaria o hospital à noção de sistema de informação que, a seu turno, poderia ser subdividido em dois conjuntos: a informação

gerencial e a informação médica. Finalmente, o quarto grupo, no qual se inserem Djellal et al (2004), considera o hospital como um provedor de serviços complexos e centro do sistema de saúde.

Neste trabalho, de forma coerente com esta última perspectiva, os serviços de saúde são analisados a partir da definição sociotécnica dos serviços, em termos de lógicas de serviço, a qual nos permite abranger diferentes concepções sobre os serviços de saúde, preservando sua heterogeneidade e complexidade. Propomo-nos a analisar essas atividades tendo em conta as diferentes operações de serviço em voga, bem como segundo os aspectos que conformam a relação de serviço, formatando redes técnico-econômicas para a geração de um determinado serviço hospitalar. Se tomarmos como base as operações de serviço, um hospital pode ser associado, em muitos momentos, a uma competência técnica que está sendo ofertada aos usuários em potencial. Prédios, leitos, equipamentos são exemplos de como o hospital, sem dúvida, se vale de uma infra-estrutura sem a qual a prestação de serviços não pode ocorrer. Boa parte dos serviços prestados em um hospital não podem operar sem instalações adequadas, tubulações, redes de energia, geradores, *layout*, equipamentos de cozinha e lavanderia, dentre outros que compõem um conjunto de “capacidades técnicas” colocadas à disposição dos clientes/usuários. Mesmo na hipotética situação em que não haja um cliente/usuário sequer a ser atendido, o hospital deve manter essas condições para poder funcionar. Em outras palavras, na relação de serviço desenvolvida em torno da prestação de serviços hospitalares, os bens de capital possuem um importante papel, tanto na sua viabilização quanto nos termos dessa relação (DELAUNAY, 1999). No entanto, boa parte dos serviços desenvolvidos no interior de um hospital só entram em ação quando solicitados, ou seja, quando uma “demanda de intervenção” é requerida. Mesmo que essa intervenção não seja diretamente solicitada por um cliente/usuário ou que essa intervenção não possa ser individualizada, mas associada a alguma necessidade ou missão de serviço público, um conjunto de convenções, como a ética médica ou as normas da administração pública, por exemplo, requer a prestação do serviço em determinado padrão de qualidade. Para tanto, um conjunto de capacidades humanas precisa ser mobilizado. Competência dos profissionais de saúde, bom relacionamento e empatia por parte dos funcionários do hospital, alguém disposto a dar informações sobre o estado de saúde de um familiar internado são exemplos de capacidades humanas envolvidas no “pacote” de serviços esperados.

Djellal et al (2004) propõem conceber o hospital como o *locus* de prestação de um serviço complexo e, ainda, como o ponto nodal de uma rede de relações que caracteriza a relação de serviço. Complexo, pois envolve várias lógicas e diferentes contextos em que se

estabelecem as relações de serviço na composição da atividade do hospital. A condição de ponto nodal pode ser atribuída ao hospital, pois nele se “encontram” diferentes atores: indústria de equipamentos médico-hospitalares, indústria farmacêutica, políticas públicas de saúde, profissionais de saúde, novas tecnologias, avanços científicos, seguros de saúde, técnicas de gestão, enfim, o hospital mantém relações, à montante e à jusante, com todo o sistema de saúde.

A prestação desse serviço complexo envolve uma série de operações funcionais. Num primeiro momento, ao tentar identificar as operações de serviço em ação, poderíamos nos ver tentados a vislumbrá-las tão-somente como operações do tipo relacional, dado que o objetivo-fim de um serviço hospitalar é a assistência médica, a qual tem como suporte o ser humano. Entretanto, o serviço hospitalar envolve a composição de diferentes serviços, muitos deles requerendo a complementaridade de bens, constituindo o que Bressand e Nicolaïdis (1988) definiram como um *compact*. Muitas das operações necessárias para ofertar esse serviço são, portanto, combinadas no hospital a partir de serviços e prestadores diferenciados, que são acionadas por uma solicitação, ainda que boa parte da competência técnica de um hospital, por suas características peculiares, necessite estar disponibilizada de forma contínua. A atuação como centro de um sistema, ou como nó de uma rede, permite identificar no hospital um espectro de “traduções” possíveis sobre os diferentes atores considerados, as quais estão inscritas nas operações de serviço mobilizadas. À medida que o serviço hospitalar combina atores heterogêneos e diferentes operações de serviço, sua prestação e dinâmica podem ser interpretadas a partir da noção de RTE, a qual nos permite associar, no mesmo quadro analítico, os diferentes *actantes* intervenientes nesses processos.

Nessa perspectiva, propomos adaptar os pólos propostos por Callon (1991) na composição da RTE, a saber, científico, técnico e mercantil, às condições habituais da prestação desses serviços. Sendo assim, podemos agrupar os atores dos pólos científico e técnico no que denominamos pólo tecno-científico. Nele convivem atores distintos que reúnem as capacidades humanas e técnicas de cuja disponibilização, ou intervenção, depende a prestação do serviço. Os hospitais, enquanto “locus” da prestação do serviço, são identificados nesse pólo justamente por combinarem, em seu interior, as capacidades requeridas. A capacidade humana pode ser identificada nos agentes coordenados pelo hospital (funcionários e prestadores de serviço independentes, que constituíram o pólo técnico) e que detêm competências técnicas e relacionais para a prestação do serviço, associados a equipamentos, medicamentos, procedimentos (métodos) novos, oriundos dos avanços dos conhecimentos científicos e tecnológicos. Os hospitais, e portanto os serviços que ele presta,

têm a faculdade de serem prestadores diretos que, por sua vez, se valem de profissionais de saúde que detêm os conhecimentos técnicos e científicos. Reunem, em suas atividades, influências diretas da ciência, tanto quanto influências já mediadas por novas tecnologias, ou seja, advindas dos desenvolvimentos tecnológicos inscritos em equipamentos médico-hospitalares de diferentes graus de complexidade. Além disto, os hospitais são centros de atividades de ensino e pesquisa em diversas áreas. Os clientes/usuários, que podem acionar as diferentes operações de serviço, e os intermediários correspondentes, bem como os compradores desses serviços, que podem ser os próprios clientes/usuários, mas que, em geral, são os seguros de saúde ou operadoras de planos de saúde e, em grande medida, os governos, constituíram o equivalente ao pólo mercantil. A relação de serviço hospitalar pode envolver dois tipos de clientes/usuários: um que usa o serviço diretamente e outro que o remunera, com situações menos freqüentes em que ambos coincidem. Mas a atividade hospitalar, por suas especificidades, sua importância histórica e social e também por esta grande participação dos recursos públicos em seu financiamento, se caracteriza também por ser fortemente dirigida por um conjunto de regulações, por normas explícitas e implícitas, algumas diretas (sobre o funcionamento hospitalar), outras indiretas (sobre a deontologia das diferentes profissões em ação no hospital), que nos levam a considerar especificamente, como forma de tornar nossa representação mais adequada, a presença de um pólo regulatório.

Nesta representação, todos os pólos possuem *actantes* aptos a interferir no processo produtivo, direta ou indiretamente, contribuindo para a definição das características do serviço ofertado. De forma coerente com os pressupostos da ANT, nem os atores nem as interações são definidos *a priori*. Ao contrário, a representação indica atores (*ou actantes*) e interações potenciais. Ela, no entanto, orienta as observações empíricas que podemos realizar. A representação ilustrada na figura 8, como não poderia deixar de ser, tem os limites de um modelo. É preciso considerar que as relações no interior do hospital, por exemplo, podem também ser analisadas a partir do conceito de rede e ter muitos outros desdobramentos. O mesmo valendo para os demais atores considerados isoladamente. Assim, considerando apenas os *actantes* listados, e os pólos respectivos, fundamentais para caracterizar a situação de serviço considerada, estamos assumindo que cada um deles expressa também uma rede, ou seja, é um ator-rede (LATOUR, 2005). A representação “em rede” é, portanto, resultante das interações que podem ser observadas nas prestações do serviço hospitalar, mas que só existem na efetivação destas últimas. A partir dessa concepção, podemos esboçar uma representação do serviço hospitalar compatível tanto com a abordagem em termos de relação de serviço (GADREY, 1991) quanto com a noção de RTE (CALLON, 1991). A introdução

das instituições de regulação dos serviços (governo e suas agências de fiscalização, conselhos ou profissionais) – o pólo regulatório – e dos financiadores ou contratantes dos serviços hospitalares – inseridos no pólo mercantil – resulta, em nossa interpretação, numa representação em termos de um “hexágono do serviço” (figura 8). Considerados esses limites, podemos voltar à representação proposta e tecer alguns comentários genéricos sobre as características dos pólos identificados e das suas interações. As influências, as interações e a performance dos diferentes pólos podem ser observadas no hospital, como organização prestadora final do serviço hospitalar, que reúne as capacidades técnicas e humanas necessárias à prestação do serviço.

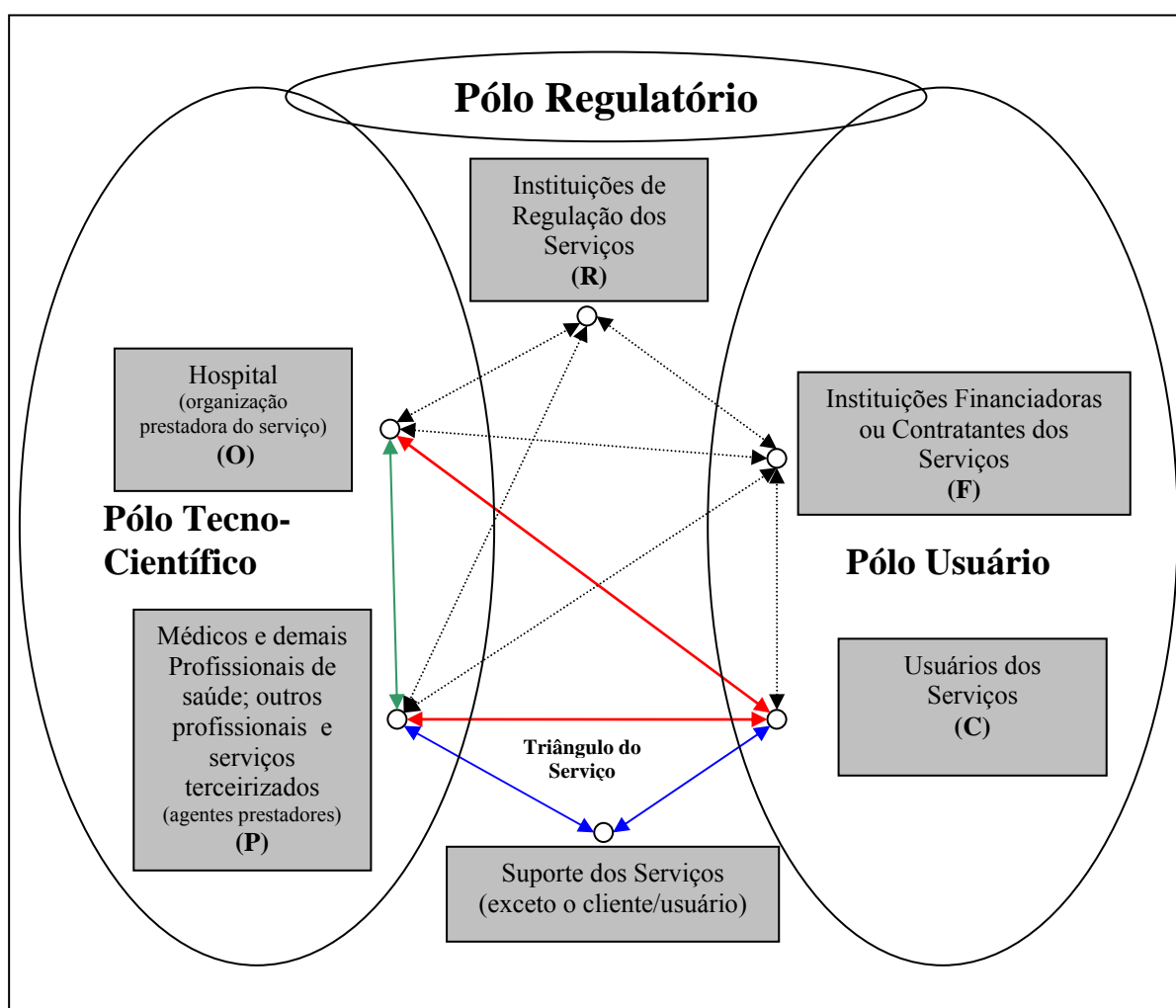


Figura 8 – Uma representação do serviço hospitalar a partir da noção de RTE

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Gadrey (1994a).

Em relação ao pólo técnico-científico, o hospital é um ponto de convergência de uma série de novas tecnologias desenvolvidas tanto na indústria de equipamentos médico-hospitalares quanto na indústria farmacêutica. Avanços na biotecnologia, por sua vez, também encontram vastas aplicações no trabalho hospitalar, como atestam os laboratórios de análises existentes em boa parte dos hospitais, ainda que muitas vezes na condição de prestadores de serviço ao hospital. Mas a influência da ciência e a tecnologia não se restringem a equipamentos, medicamentos e procedimentos laboratoriais. A formação dos profissionais que atuam no hospital também é um recurso fundamental da prestação dos serviços, assim como a interação entre os hospitais e os centros de formação, muitas vezes explicitada na figura dos hospitais universitários, mas freqüentemente presente em atividades de colaboração, o que indica a necessária aproximação entre ciência e técnica na prestação dos serviços hospitalares. Médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde devem estar constantemente atualizados sobre novas práticas desenvolvidas.

Porém, não são apenas os conhecimentos vinculados às ciências da saúde ou aplicados aos procedimentos médicos que influenciam os serviços hospitalares. O produto do serviço hospitalar, como veremos a seguir, é resultado de uma associação entre diversos tipos de serviços, que demandam avanços científicos e tecnológicos das mais diversas áreas. Os avanços nas ciências da nutrição ou nos procedimentos de esterilização são alguns exemplos. Assim como as inovações tecnológicas nas máquinas da lavanderia, nos distribuidores automáticos, nos equipamentos de informação, na arquitetura hospitalar, nas ciências administrativas, que permitem uma gestão mais eficiente e eficaz, são todos elementos que interferem no conjunto do serviço hospitalar e que demandam a contribuição decisiva dos avanços científicos e tecnológicos e de profissionais atualizados com esses avanços.

O pólo regulatório, por sua vez, atua fortemente no processo de qualificação, tal qual definido por Barcet e Bonamy (1994), dos serviços hospitalares, uma vez que pode validar e/ou induzir novos procedimentos, difundir normas de funcionamento, exigir padrões de qualidade, intermediar relações entre os prestadores e os clientes/usuários ou, ainda, entre os clientes/usuários e as instituições de financiamento e, além disso, entre estas e os prestadores. Esse pólo reúne atores diversos que influenciam direta e indiretamente a prestação do serviço, pelo que os efeitos de sua atuação podem também ser vislumbrados na prestação final dos serviços hospitalares, ou seja, no hospital. As normas da vigilância sanitária, por exemplo, que determinam os padrões para a autorização do uso de determinado equipamento, são, ao mesmo tempo, regulações diretas sobre os intermediários que podem ou não ser mobilizados nas operações de serviço e, ao mesmo tempo, regulações indiretas sobre o pólo técnico-

científico, pois sinalizam os padrões de equipamentos que serão acatados e, portanto, estabelecem os parâmetros da própria pesquisa. Ao mesmo tempo, o pólo técnico-científico, ao fazer evoluir seus conhecimentos, pode induzir a novas regulamentações. O mesmo raciocínio se aplica ao caso dos equipamentos laboratoriais e dos medicamentos. Outros equipamentos usados nos serviços que compõem o produto hospitalar são também objetos de regulação, ainda que os responsáveis pelo seu controle possam ser de outras instituições. Normas explícitas também estabelecem formas de organização interna do hospital, habilitações requeridas de seus profissionais, condições mínimas de funcionamento, padrões de remuneração, etc. As regulações também afetam as relações com os usuários, seja de forma direta, com o crescente reconhecimento dos direitos destes últimos (PONCHON, 2002), seja na relação dos usuários com os planos ou seguros de saúde, que, por sua vez, vêm a mediar sua relação com os prestadores de serviço. Podemos ainda considerar o papel da regulação sobre as instituições financiadoras ou contratantes de serviços hospitalares, desde a prescrição das condições de habilitação para atuação dos contratantes até a determinação de seu *modus operandi*. A vinculação de um percentual do orçamento público com os gastos com saúde e a definição, em lei, dos tipos de plano de saúde e das coberturas que eles devem oferecer são exemplos dessa atuação no sistema de saúde brasileiro. O universo de normas é bastante amplo e não se limita às normas explícitas. Além destas, atribuímos ao pólo regulatório as chamadas normas de deontologia, tal como os códigos de ética médica ou de outras profissões que são exercidas no interior de um hospital e que, muitas vezes, prescrevem posturas profissionais, ainda que não sejam direcionadas a casos específicos. Juntam-se a elas os hábitos e os costumes sociais e as convenções sobre o tipo de engajamento esperado do hospital. Essas normas orientam boa parte do trabalho no interior do hospital. Em casos não raros, sobrepõem-se, como nas prescrições de alguns procedimentos médicos, a qualquer orientação em termos de otimização de recursos que possa ser emitida por uma direção hospitalar.

O pólo usuário envolve as instituições financiadoras ou contratantes dos serviços, bem como os usuários diretos dos serviços hospitalares. Em alguns casos, os usuários são também os contratantes, quando pagam diretamente pelos serviços. Trata-se, nessa situação, da prestação privada dos serviços hospitalares, que é remunerada diretamente pelos usuários, a qual é a menos encontrada, já que boa parte da prestação privada é remunerada via operadoras de planos e seguros de saúde e, em muitos casos, diretamente pelas autoridades públicas, por

meio de convênios específicos⁵². Na maioria dos casos, portanto, o prestador de serviços se depara, no mínimo, com dois “clientes”: o que usa os seus serviços e do qual partem as avaliações sobre a relação de serviço diretamente desenvolvida e o contratante, que remunera os serviços. Podemos antever que usuário e cliente podem ter interesses conflitantes, à medida que um serviço de maior qualidade, pretendido pelo usuário, pode levar o contratante a incorrer em pagamentos superiores aos desejados. Para o hospital, onde podemos verificar o impacto da atuação dos integrantes do pólo usuário, essas lógicas contraditórias podem constituir um desafio considerável para a gestão e influenciar, de forma muitas vezes oposta, as trajetórias de inovação.

Podemos vislumbrar importantes interações potenciais entre os diferentes atores dos pólos da rede, as quais estão ilustradas pelas setas que os interligam na figura 8. Em muitos casos, como denotam a intersecção entre o pólo usuário e o pólo regulatório, alguns atores podem estar simultaneamente em dois pólos, como as autoridades governamentais, que exercem papel regulador e contratante ao mesmo tempo. Há muitos casos, ainda, nos quais os hospitais são geridos pelo poder público e este, nesse caso, assume funções nos três pólos identificados. Outra relação importante pode ser observada entre o pólo usuário, seja qual for o cliente levado em conta, e o pólo regulatório, o qual pode ser influenciado por usuários e contratantes em muitas das medidas reguladoras que produz. O reconhecimento progressivo dos direitos dos usuários, que mencionamos anteriormente, é um exemplo dessa relação. Mas o pólo usuário, pela expressão de suas necessidades, também orienta as ações do pólo técnico-científico, não apenas nos conhecimentos médicos, mas em tantos quantos forem os ramos do conhecimento necessários à prestação do serviço hospitalar. Os avanços nas aplicações das novas tecnologias da informação são um exemplo disso e podem ser detectados pelas interações entre os dois pólos. Esse esquema analítico também permite identificar as relações entre o hospital e os profissionais que atuam em seu nome (ilustrada na figura por uma seta verde), ou seja, um conjunto de fundamental de interações que se dá no interior do pólo técnico-científico. A realidade da prestação hospitalar indica que não há por que supor uma equivalência entre essa relação e a relação salarial (GADREY, 1994b), pois boa parte dos prestadores mantém com o hospital uma relação de serviço. A separação entre organização prestadora do serviço e os profissionais que prestam o serviço nos leva a um reencontro, como podemos observar nas setas vermelhas indicadas na figura, com dois tipos diferenciados de

⁵² Os diretores de hospitais entrevistados neste trabalho relatam a redução da participação do pagamento direto dos serviços, que giraria em torno de 4% da receita dos hospitais que pudemos averiguar.

relações de serviço, ressaltadas por Gadrey (1994b) em sua análise do conjunto das atividades de serviço, chamadas de relações de serviço do tipo A e do tipo B. No primeiro caso, temos a relação direta do usuário com o prestador, que no hospital podem ser o médico, a enfermeira, o recepcionista, a nutricionista, o encarregado da limpeza, enfim, todos os profissionais a serviço do hospital, diretamente ou de forma terceirizada, com os quais o usuário mantém contato durante a prestação. A relação A nos remete ao triângulo do serviço (GADREY, 1991) e, portanto, à relação direta entre o prestador e o usuário, mediada por determinados suportes do serviço que, quando este suporte é o próprio usuário, nos conduz à chamada prestação de um serviço “puro”. A RTE, nesse caso, engloba o triângulo do serviço. No segundo caso, as relações de tipo B indicam relações diretas dos usuários com a organização. Isso pode ocorrer por meio de mecanismos como ouvidorias, caixas de sugestões, *e-mail*, que permitem ao usuário um contato direto sem a mediação de um prestador particular. Tais relações mostram como o pólo técnico-científico pode ser influenciado pelo pólo usuário por meio de operações relacionais, além das influências que podem ser oriundas das políticas de financiamento ou mediadas pelo pólo regulatório.

A configuração dessa rede, sua geometria, extensão e complexidade estão relacionadas ao produto ofertado ou, em outras palavras, a RTE será resultado das interações que a configuram, assim como essas interações só se realizam a partir do estabelecimento das associações que formam a própria rede (CALLON, 1991; LATOUR, 2005). No caso de um serviço de saúde privado, cliente e usuário serão os mesmos atores na rede e as instituições de financiamento são ausentes na relação. No caso de um serviço público, instituições de regulação e de financiamento podem ser, ambas, subordinadas à autoridade pública. Ao passo que a introdução de operadoras de plano de saúde ou seguradoras de saúde, como nos sistemas brasileiro e norte-americano, permite uma configuração mais próxima ao modelo da figura 8. A introdução de serviços complementares, por sua vez, amplia o espectro do pólo técnico-científico, assim como irá requerer novas formas de regulação. Seja qual for a configuração encontrada, os suportes do serviço exercem um papel fundamental no mapeamento da rede. Ao serem mobilizados pelas operações de serviço, esses suportes se constituem nos intermediários da relação de serviço, os quais permitem identificar, em suas “inscrições”, os atores em jogo na situação. A mobilização de uma operação material, por exemplo, demonstra uma “tradução” do problema a ser enfrentado que envolve, em sua solução, a logística de bens materiais ou o uso de equipamentos. Estes podem ser mobilizados pelo hospital, por exemplo, quando ele identifica e protagoniza as iniciativas de solução do problema, ou podem ser mobilizados pelo hospital em função de uma interpretação

preponderante da indústria, envolvendo, ou seja, subordinando a essa tradução, os pólos regulatório e usuário. A compreensão das operações de serviço, de quais suportes estão sendo visados pela prestação do serviço hospitalar como um todo, ou de cada atividade de serviço que compõe o serviço global do hospital, atreladas à análise das operações de tradução, que possibilitam identificar as relações entre os *actantes* da situação, é a chave para compreensão dos protagonistas de uma rede.

Retomando a noção de que o produto do serviço, neste caso o do serviço hospitalar, é definido por meio de convenções construídas e reafirmadas no decorrer dos processos de qualificação e das formas de coordenação prevalentes na relações de serviço (GADREY, 1994a), compreender a configuração dessas redes permite, em grande medida, identificar a representação do serviço hospitalar que prepondera. O caráter sociotécnico desse produto fica, então, evidente e o torna, diante das múltiplas concepções justificáveis do produto do serviço hospitalar (GADREY, 2001), em grande medida, específico ao contexto considerado. Tal compreensão permitiria, então, avançarmos na análise da evolução desse produto de forma coerente com sua variabilidade.

4.2 Abordagem funcional da produção e da inovação em serviços hospitalares

O desenvolvimento de uma perspectiva de análise das prestações de serviço hospitalar, sob a concepção que viemos de apresentar, é perfeitamente articulável com a proposição de decomposição funcional do serviço (GALLOUJ, 1999; 2002a). Esta propõe que as atividades de serviço podem ser decompostas nas operações que a configuram, as quais, por sua vez, são classificadas de acordo com o suporte sobre o qual a prestação do serviço se desenvolve: material, informacional, metodológico ou relacional. Inserida na perspectiva da RTE, cada prestação de serviço, analisada segundo as operações de serviço e os intermediários que elas mobilizam, permite desvelar as “traduções” em vigor nas associações que conduziram a determinada formação de uma RTE. Dito de outra forma, a decomposição funcional permite que, ao analisarmos as competências e as operações que configuram determinada prestação, ou seja, que produzem suas características finais, possamos identificar as ações provenientes dos vários pólos envolvidos no serviço hospitalar: tecno-científico, regulatório e usuário. As características finais do produto ofertado por um hospital seriam, nessa perspectiva, o resultado das interações entre os atores e os intermediários provenientes dos diferentes pólos.

Se a definição antecipada dessas características se mostrar bastante complexa (GALLOUJ, 2002a)⁵³, à medida que analisamos as prestações concretamente efetuadas podemos identificar quais características estão sendo construídas pelos atores em determinada rede. Djellal et al (2004) aplicam a decomposição funcional ao serviço hospitalar, o que os conduz a propor uma definição da prestação do serviço hospitalar nos seguintes termos:

A prestação hospitalar é uma atividade complexa à qual nós podemos analisar articulando e colocando em correspondência quatro variáveis: as prestações de serviços elementares (Si) que a compõem; os suporte ou alvos da prestação do serviço; as características de serviço ou utilidades obtidas ou procuradas; as competências dos prestadores (DJELLAL et al, 2004, p.62, tradução nossa).

Nessa concepção, retornamos à noção do serviço hospitalar compreendido como um *compact*, no sentido proposto por Bressand e Nicolaïds (1988), isto é, um “pacote” de serviços elementares, de tal sorte que o serviço ofertado pelo hospital é resultado da combinação destes serviços elementares identificados no âmbito da organização hospitalar, os quais, por sua vez, são susceptíveis de uma análise em termos de sua própria decomposição funcional. Tal abordagem adapta a idéia de um vetor de serviços finais composto por características proporcionadas por esses serviços a uma composição de serviços elementares (GALLOUJ, 2002a). Cada um desses serviços elementares possui uma prestação própria, sobre a qual repousam atributos de qualidade esperada; porém, os serviços finais prestados pelo hospital serão demandados, e avaliados, como uma resultante da adequada interação entre esses serviços elementares. A importância de cada um dos serviços elementares na composição desta oferta global do produto hospitalar dependerá, nessa visão, do perfil da organização, das características da demanda e das condições gerais do sistema de saúde em que estão inseridos, o que podemos considerar, nos termos de Callon (1991), como o estado da rede em que a prestação está se desenrolando, o qual pode indicar a preferência, ou a exigência, por determinados serviços elementares. Assim, o serviço hospitalar pode ser definido como a associação de atividades tais como a assistência médica, a hotelaria, a manutenção, a nutrição, a recepção, o laboratório, a limpeza, a gestão e assim por diante.

⁵³ Gallouj (2002) articula as noções de grandeza (BOLTANSKI ; THÉVENOT, 1991) e de mundos de produção (SALAIS; STORPER, 1993), propondo que as características finais de um serviço podem ser relacionadas com as convenções de serviço, ou mundos possíveis da produção em serviços que, por sua vez, podem corresponder a diferentes grandezas (doméstica, industrial mercantil e cívica). Essa perspectiva, como o autor sublinha, é coerente com uma abordagem estruturalista no interior da corrente convencionalista. Tendo essa perspectiva em conta, este trabalho, no entanto, busca identificar nas inovações verificadas as características que estão se formando ou alterando, sem uma predefinição. Esse enfoque, como define Gallouj (2002), a partir do trabalho de P-Y Gómez (1994), pode ser definido como microssocioeconômico.

Essas atividades constituem, cada uma isoladamente, um serviço elementar, e a combinação desses serviços, cuja forma será definida, portanto, no contexto da RTE em que ele se desenvolve – e, assim, contando com atores, influências e condicionantes dos três pólos que definimos –, constitui o produto do serviço hospitalar.

Evidentemente, dentre os serviços elementares elegíveis no âmbito da organização hospitalar, os serviços médicos ocupam um espaço primordial, já que se constituem na atividade que justifica a existência do hospital. Outro conjunto de serviços privilegiado nas análises das organizações hospitalares são os relacionados à gestão. Como destacam Djellal et al (1994), esses dois serviços elementares são a base da classificação proposta por Mintzberg (1982) da chamada *burocracia profissional*, uma configuração organizacional caracterizada pela existência desses dois núcleos de atividade e de poder, em que o domínio técnico sobre as atividades operacionais, no caso as atividades assistenciais em saúde, reduzem o poder hierárquico da administração, resultando numa estrutura ambivalente. Mesmo que possamos sempre ressaltar o papel central jogado pelos dois grupos de serviços dentro da organização hospitalar – os serviços médicos e os serviços administrativos – não se pode restringir a análise do produto hospitalar a esses componentes. A decomposição funcional permite ultrapassar essa dicotomia, conduzindo a uma análise do conjunto dos serviços (elementares) produzidos pelo hospital. Esses serviços elementares são combinados, agregados e interagem para fornecer o serviço hospitalar, o produto global do hospital aos olhos dos seus clientes e usuários. O resultado positivo de uma cirurgia, ainda que fortemente dependente da habilidade profissional do médico, não pode ser alcançado sem o perfeito trabalho logístico que providencia todos os meios necessários, sem que atividades de limpeza especializadas assegurem a assepsia requerida, sem que os cuidados posteriores das enfermeiras sejam adequados, sem que a informação sobre o histórico do paciente tenha sido corretamente provisionada e tratada, enfim, sem que a integração de todos esses serviços elementares tenha sido atingida. Esse enfoque oferece, desde já, uma perspectiva muito mais ampla para a análise do serviço hospitalar e, certamente, das fontes e dos atores da inovação a serem consideradas.

Logo, esse atributo do esquema analítico decorrente da decomposição do produto hospitalar permite introduzir, na análise de uma mesma organização, todos os suportes da prestação do serviço (M, I, K, R), e todas as operações correspondentes, sendo que diferentes combinações destas podem ser consideradas para a prestação de cada serviço elementar. Em outras palavras, todas as operações de serviço definidas (GADREY, 1991; GALLOUJ, 1999, 2002a) podem ser identificadas no curso da prestação do serviço hospitalar. Djellal et al

(2004) argumentam que essa ampliação do alcance de análise é absolutamente necessária, sobretudo se pretendemos avaliar a evolução do produto hospitalar, à medida que, “para apreender a problemática da inovação, é necessário não se deixar restringir a tipologias rígidas” (DJELLAL et al, 2004, p.64, tradução nossa).

As características do serviço (Y), ou os valores de uso do produto hospitalar, serão consequência dos serviços elementares disponibilizados, das operações de serviço e das competências mobilizadas para a consecução de sua prestação. Essas características serão avaliadas do ponto de vista de clientes e usuários, de modo que modificações nas suas preferências podem provocar alterações importantes no mosaico dos serviços elementares, assim como sobre as operações acionadas. Da mesma forma, o marco regulatório terá influência sobre o produto efetivamente ofertado. Leis, normas e códigos estabelecem restrições a determinados serviços e estimulam a presença de outros na organização hospitalar. Podem atuar como estímulo a inovações nos serviços, assim como barreiras em alguns casos (DJELLAL et al, 2004). Podemos rever, portanto, na composição das características finais dos serviços, a influência dos pólos usuário e regulatório. Para complementar a decomposição funcional, devem se consideradas as competências (C) dos prestadores, as quais constituem os elementos “mobilizadores” das operações de serviços. Como no caso geral da decomposição funcional dos serviços, essas competências podem ser mobilizadas diretamente (serviço “puro”) ou podem agir por intermédio dos equipamentos, métodos (protocolos) e técnicas necessários à prestação de cada um dos serviços elementares. Essa reunião de competências humanas e técnicas no âmbito do prestador do serviço final constitui o que definimos como o pólo técnico-científico da prestação. Assim “... em função do serviço elementar considerado, estas competências são de uma extrema variedade, em particular no que concerne aos seus componentes científicos e técnicos” (DJELLAL et al, 2004, p.66, tradução nossa). Logo, também no que diz respeito às competências, a decomposição funcional permite ampliar o campo de análise para além do viés médico-administrativo, o qual, embora extremamente importante na interpretação das organizações hospitalares, é insuficiente para explicar a complexidade dos serviços constituintes do produto hospitalar global.

Mais uma vez, agora no caso específico do serviço hospitalar, deparamo-nos com a diversidade dos serviços. A lógica subjacente à decomposição funcional permite que essa diversidade seja igualmente levada em conta, ainda que no quadro de uma atividade de serviço específica. O quadro de análise proposto, o qual passaremos a expor, é uma ferramenta útil para que possamos compreender e analisar a coerência global dos fenômenos

de inovação hospitalar, assim como as dinâmicas de inovação particulares que se apresentam em uma organização ou num serviço dado. O esquema de análise, tal qual proposto por Djellal et al (2004), consiste em uma representação simplificada da decomposição funcional do serviço, a qual permite descrever as operações de serviço que são acionadas quando um processo produtivo está em curso. Esse quadro oferece, ainda, a possibilidade de trazer à tona fontes de inovação habitualmente subestimadas e de revelar atores subestimados nesses processos. As linhas e as colunas sombreadas do quadro representam as funções e os serviços majoritariamente considerados nas análises da produção e da inovação hospitalar (a saber, os serviços médicos e os serviços de gestão). Como podemos notar nessa representação, a decomposição funcional permite ao analista ir além da “atrofia funcional” e do “viés tecnológico” que se configuram quando, respectivamente, a investigação se limita aos serviços médicos e administrativos e à introdução de novas tecnologias inscritas em equipamentos ou sistemas de informação (DJELLAL et al, 2004).

Quadro 3 – Esquema de análise do produto e da inovação no serviço hospitalar

<i>Prestação de serviços elementares</i>	<i>Competências mobilizadas</i>	<i>Suportes do serviço, operações ou funções correspondentes e tecnologias associadas</i>				<i>Características de uso finais ou de serviço</i>
Si <i>Serviços Elementares</i>	C Competências sobre tecnologias (e seu uso) ou competências mobilizadas diretamente	M Operações materiais	I Operações informacionais	K Operações metodológicas	R Operações relacionais	Y Características finais de serviço
Assistência Médica						
Hotelaria						
Recepção						
Transporte						
Administração						
Lavanderia						
Comércio e Lazer						
Limpeza						
Tratamento de Dejetos						
Etc.						

Fonte: Adaptado de Djellal et al, 2004, p.68.

A partir dessa proposição, podemos considerar a decomposição funcional de maneira ainda mais operacional: ela se torna um instrumento de análise do serviço ofertado, mas também das inovações. Na medida em que várias operações podem ser acionadas na

configuração de uma inovação, o quadro de análise permite identificar as trajetórias de inovação em curso, bem como as lógicas de inovação praticadas. Os elementos que compõem o quadro podem ser ajustados, ainda, segundo diferentes níveis de análise, ou seja, no nível organizacional, interorganizacional ou intra-organizacional, segundo os objetivos do estudo. Considerando, inicialmente, o nível organizacional, os hospitais, definidos como organizações produtoras de um serviço complexo, poderiam ser analisados por um quadro que comporta os seguintes elementos (quadro 3):

- O conjunto dos serviços em curso no hospital, o que Djellal et al (2004) denominam serviços elementares (Si);
- As operações de serviço, definidas em função dos respectivos suportes (M, K, I, R) sobre os quais se realiza a prestação do serviço ;
- As competências mobilizadas pelos provedores do serviço (C), colocadas em contato direto com o usuário ou indiretamente, por intermédio dos suportes mencionados anteriormente;
- As características finais do serviço, ou seja, os serviços proporcionados ou, ainda, o valor de uso do serviço hospitalar (Y).

Uma das principais vantagens desse quadro é a possibilidade de que sua configuração seja adaptada aos serviços existentes em cada caso ou aos serviços afetados por uma determinada inovação. Assim, o quadro torna-se compatível com graus variáveis de complexidade do produto global ofertado ou do processo de inovação. E, como mencionamos, essa capacidade de adaptação pode ser estendida às relações interorganizacionais, bem como, no nível intra-organizacional, quando cada serviço elementar pode ter sua decomposição funcional analisada, ou seja, seu próprio quadro de análise. Essa flexibilidade, que permite a operacionalização do quadro analítico em diferentes situações de serviço, é coerente com a perspectiva desenvolvida aqui de identificar as características do serviço no bojo da prestação concreta em curso. Em outras palavras, o quadro não é estático e não requer uma definição “a priori” das características finais para que sua aplicação seja viabilizada.

A inovação nos serviços hospitalares, nesta abordagem funcional, equivalerá a uma mudança nas características finais do serviço ofertado (coluna Y) a qual pode ser resultante de:

- Alterações (redefinição, inclusão ou supressão) de serviços elementares;
- Alterações nas competências (diretas ou indiretas) mobilizadas;

- Mudanças nas operações de serviço, as quais podem decorrer de duas situações: a) do uso de suportes diferentes para a prestação dos serviços existentes, ou seja, a introdução de novas operações de serviço na produção de um serviço elementar existente ou b) do melhor uso (mais eficiência) das operações existentes na prestação dos serviços.

Tal como na análise da composição do produto hospitalar, essas inovações podem ser observadas para uma determinada organização, em um nível intra-organizacional, relacionado à prestação de determinados componentes de um serviço elementar ou, ainda, num nível interorganizacional, analisando essas situações quando duas ou mais organizações vêem suas competências e operações de serviço associadas para a configuração de uma inovação. Mesmo sem excluir qualquer nível de análise, Djellal et al (2004) advertem para o risco de análises de processos de inovação excessivamente particularizados, em termos de desdobramentos funcionais dos serviços elementares. Dada a pluralidade de atores e de trajetórias de inovação que a abordagem contempla, esse enfoque poderia levar à perda de uma visão global da evolução do serviço hospitalar em uma organização dada. Os autores propõem, assim, uma análise mais geral, tomando como ponto de observação o nível organizacional, a qual, baseada na verificação minuciosa das operações de serviço e das trajetórias de inovação correspondentes, permita identificar o que eles denominam como **lógicas de inovação** seguidas ao curso da evolução de um serviço. Segundo essa proposição, que se apóia sobre a análise de vários casos de inovação nos serviços hospitalares, poderiam ser identificadas as seguintes lógicas de inovação: extensiva, regressiva, intensiva e combinatória.

A **lógica de inovação extensiva** é verificada pela adição de serviços elementares (Si). Ela consiste, portanto, no aumento do leque de serviços ofertados e está frequentemente associada com estratégias de diferenciação postas em prática pelos hospitais. Essas estratégias têm se mostrado de muita importância para os hospitais, sobretudo em sistemas de saúde em que a atividade se desenvolve com destacada participação do setor privado, o que vem a ser o caso tanto no Brasil como na França (CREMADEZ, 1992), os dois sistemas nos quais se desenvolvem os serviços hospitalares investigados neste trabalho. Se nós retomarmos a noção de “compact”, poderemos antecipar várias possibilidades de inovação correspondentes a essa lógica. Seja na introdução de novas especialidades e serviços médicos, seja na oferta de outros serviços no âmbito do hospital, notadamente serviços voltados para uma maior qualidade de acolhida do paciente e de seus familiares, os caminhos da inovação hospitalar passam frequentemente pela incorporação de novos serviços.

A **lógica de inovação regressiva**, por sua vez, está associada à supressão de serviços elementares no interior do hospital com vistas a uma melhoria do serviço global ofertado. Geralmente, essa lógica é identificada em processos de terceirização de atividades nos quais a organização busca a racionalização de seus recursos para assegurar melhorias na oferta dos serviços fundamentais. Trata-se, nos termos dos autores, de uma lógica de “redução dos serviços, mais do que de redução do serviço” (DJELLAL et al, 2004, p.81, tradução nossa). Do ponto de vista da RTE, que nos interessa aqui, a redução dos serviços elementares em um hospital, designada por essa lógica, pode significar, como é o caso nos processos de terceirização, o envolvimento de novos atores e, assim, o surgimento de novas relações de serviço. A RTE, portanto, pode se expandir, tornar-se mais complexa e produzir um serviço mais rico, ainda que no interior do hospital os serviços tenham sido reduzidos. Tal como na lógica extensiva, trata-se aqui de uma mudança na morfologia da rede de serviços hospitalares, cuja dinâmica precisa ser avaliada a partir da compreensão de elementos adicionais, tais como o exame dos atores envolvidos, dos objetivos da inovação e dos seus efeitos.

A **lógica de inovação intensiva** se refere a intervenções sobre as operações de serviço e sobre as competências do prestador de serviço. Sob essa lógica, nós podemos identificar a ação de diferentes trajetórias de inovação seguidas a partir das lógicas funcionais que regem as operações de serviço. Em função dos objetivos da inovação, das competências e dos suportes do serviço, poderemos considerar as seguintes possibilidades de trajetórias:

- Trajetória de logística e transformação material: associada à adoção de inovações tecnológicas. Estas podem advir, por exemplo, da indústria de equipamentos médico-hospitalares ou da indústria farmacêutica (M). Ela está presente, também, nas inovações tecnológicas introduzidas noutros serviços elementares, como, por exemplo, na hotelaria, na limpeza, no transporte, na segurança, etc., o que reafirma a amplitude do pólo tecno-científico envolvido na composição do produto hospitalar;
- Trajetória de logística e tratamento da informação: está representada pela evolução dos sistemas de informação e comunicação (I). Ela pode ser verificada não apenas nos serviços de processamento de informação, mas em todos os serviços elementares que se valem desses sistemas. Destaca-se, cada vez mais, seu papel nos serviços de assistência médica e a tendência à integração dos sistemas de informação administrativo e assistencial, um componente que tem sido importante

para reduzir as barreiras da ambivalência designada pela noção de burocracia profissional;

- Trajetória metodológica: exprime-se pelo desenvolvimento e a utilização de métodos de tratamento do conhecimento (K). A introdução de certificações de qualidade, de acreditações por órgãos de tutela ou independentes e de novos métodos de gestão constituem exemplos de inovações que derivam dessa trajetória. Nos serviços de assistência médica, ela trajetória pode ser identificada na introdução, por exemplo, de protocolos de atendimento como instrumento de reduzir a variabilidade e, assim, os riscos de determinados tratamentos.
- Trajetória “pura” de serviço: está relacionada com inovações verificadas nos serviços independentemente de qualquer intermediação técnica. Ela resulta de inovações introduzidas a partir da mobilização direta de competências, ou seja, está assentada na evolução das “capacidades humanas” (a partir de novos conhecimentos explícitos ou de novos conhecimentos tácitos);
- Trajetória relacional: consiste na introdução de novas formas de interação entre o usuário do serviço e o provedor deste. Ela acompanha as demais, na medida em que incide sobre a relação de serviço, tal qual definida por Gadrey (1994a; 2003).

Como podemos observar, a lógica intensiva retoma, no contexto do serviço hospitalar, a possibilidade de coexistência de trajetórias, nos termos definidos por Gallouj (1999; 2002), assim como de possibilidades de relações múltiplas entre essas trajetórias no seio da atividade de um hospital. Não há por que, nessa perspectiva, limitarmos as possibilidades de evolução do serviço hospitalar a uma determinada trajetória. Evoluções na indústria não seriam suficientes para explicar a evolução do serviço hospitalar, inviabilizando a inclusão deste numa classificação do tipo “supplier-dominated” (PAVITT, 1984).

A **lógica de inovação combinatória**, por fim, consiste na combinação das lógicas anteriores. Segundo os autores, as lógicas anteriormente descritas podem ser consideradas casos “ideais”. Na maioria dos casos, as lógicas extensiva, regressiva e intensiva só persistem associadas umas às outras. A evolução do serviço hospitalar, portanto, será frequentemente resultante da ação combinada das lógicas analisadas; em outras palavras, da lógica combinatória de inovação.

Em seu conjunto, a abordagem funcional nos oferece, no caso dos serviços hospitalares, um quadro de análise bastante útil para a identificação das lógicas de inovação em curso, sobretudo a partir de uma análise da composição do produto hospitalar das competências e das operações em curso. Dada a complexidade das organizações hospitalares e

das relações que envolvem a prestação do serviço hospitalar, a noção de lógicas de inovação permite analisar os processos de inovação de maneira coerente com a diversidade destes serviços – e com a variabilidade dos resultados possíveis – e, ao mesmo tempo, compatível com uma visão geral capaz de trazer elementos para um estudo da dinâmica da evolução desses serviços. É neste ponto que pretendemos articular, na próxima seção, a decomposição funcional dos serviços hospitalares com a noção de RTE, procurando demonstrar como, partindo das competências e das operações de serviço, podemos caracterizar as formas de inovação e, assim, identificar os determinantes e os atores desses processos.

4.3 A dinâmica da inovação em serviços hospitalares: contribuições de uma análise em termos de RTEs

Nas seções anteriores, pudemos discutir a complexidade dos serviços hospitalares e a potencialidade de uma abordagem que, propiciando sua decomposição funcional, traz à tona atores e *locus* de inovação nos hospitais que, geralmente, são subestimados na literatura (Djellal et al, 2004). O uso da decomposição funcional, tal qual demonstraram Djellal et al (2004) e Djellal e Gallouj (2005), se constitui numa contribuição decisiva para um novo olhar sobre a inovação em serviços hospitalares. No entanto, sob o enfoque da RTE, a decomposição funcional nos permite identificar nas inovações observadas novas “traduções” dos atores envolvidos na produção de serviços – e representados nos pólos da **RTE-hospitalar** que propusemos –, as quais estariam expressas nas alterações das competências e das operações de serviço. Além disso, ainda que a decomposição funcional contenha os predicados analíticos necessários para estudos interorganizacionais, a principal contribuição do conceito de RTE, como discutido anteriormente, é sua capacidade, em função da liberdade de associação que pressupõe, de considerar vários níveis de análise sem solução de continuidade. Sendo assim, mesmo nos atendo a uma prestação específica, mesmo retendo a relação básica prevista no triângulo do serviço, podemos fazer o exercício de reconstituir toda a rede do serviço e suas tendências de evolução a partir das inscrições que os intermediários da relação de serviço portam. Tendo esses elementos conceituais em conta, podemos esperar que as inovações identificadas em serviços hospitalares tenham seus determinantes, formas e evolução identificadas a partir de uma articulação da abordagem funcional com a noção de operações de tradução e, portanto, com a abordagem em termos de RTEs. Passamos, assim, da

identificação das formas da inovação, viabilizada pela decomposição funcional, a uma análise da dinâmica das inovações⁵⁴.

No que diz respeito aos determinantes da inovação, a perspectiva desenvolvida aqui permite associá-los a ações provenientes de qualquer um dos pólos da RTE. Como discutimos no capítulo 3, as inovações nessa abordagem podem ser assemelhadas às tentativas de estabilizar uma “tradução” ou de propor uma nova em substituição àquela que não consegue mais envolver e mobilizar os atores e que, portanto, é por eles contestada. Uma “tradução” pode ser compreendida como uma proposição ou projeto de solução de um problema que, dentre outras possibilidades, assume o protagonismo em um processo de inovação. Essa perspectiva é coerente com proposições neo-schumpeterianas tais como a de Dosi (1982), que interpreta as inovações como soluções de problemas que impedem a manutenção das rotinas outrora prevaletentes. Sendo assim, os determinantes da inovação podem ser identificados na origem dessas novas traduções, nos elementos que forjaram uma nova interpretação. Quando a problematização, a atração, o envolvimento e a mobilização – os momentos da tradução – se desenrolam, podemos identificar o proponente dessa nova tradução, ou seja, o ator deste processo de inovação, o protagonista da ação. Na proposição que fizemos, esse protagonista pode estar em qualquer um dos pólos. Assim, os determinantes da inovação poderiam ser atores do pólo regulatório, do pólo técnico-científico ou do pólo usuário. O envolvimento dos usuários no processo produtivo pode levar à contestação da forma como uma prestação está sendo ofertada. A adequação do serviço às preferências dos usuários demonstra a prevalência da tradução proposta por estes últimos na configuração de um processo de inovação. A mudança de uma regulamentação, que exige, por exemplo, uma disponibilidade horária maior do estabelecimento, que autoriza a aquisição de determinado equipamento, que recomenda a adoção de normas de qualidade voltadas ao combate das infecções hospitalares, a regulamentação de uma nova especialidade médica, pode igualmente ser fonte de inovações. O mesmo pode ocorrer por parte dos membros do hospital ou pela influência da indústria ou da pesquisa fundamental. Como podemos notar, nesse modelo os determinantes da inovação

⁵⁴ Cabe ressaltar, neste ponto, que a abordagem funcional desenvolvida por Djellal et al (2004) possui contribuições também para a análise da dinâmica. Elas dizem respeito à evolução vertical do serviço hospitalar, correspondente à incorporação de novos serviços elementares e relacionada com a lógica extensiva de inovação e a evolução horizontal, correspondente à incorporação de novas operações de serviço ou novas competências, tal como designada pela lógica intensiva. Por fim, os autores se reportam à evolução concêntrica, associada à lógica combinatória e identificada em movimentos que combinam a evolução horizontal e a evolução vertical. O exame dessas formas de evolução nos parece contemplado pela abordagem que desenvolvemos aqui.

podem ser endógenos ou exógenos, do ponto de vista do hospital, mas podem ser captados internamente à lógica da RTE, a qual permite visualizar os impactos na prestação do serviço.

As formas das inovações, por sua vez, corresponderiam aos tipos de inovação considerados dentro da abordagem funcional, definidos na seção anterior, e que podem ser interpretados, em seu conjunto, a partir das lógicas de inovação propostas por Djellal et al (2004) e Djellal e Gallouj (2005). Em outras palavras, seja qual for o determinante considerado, as inovações podem ser observadas, quanto a sua forma, pela circulação de novos intermediários (equipamentos, informação, protocolos, novas competências). Esses, por sua vez, podem levar a alterações nos serviços elementares, incluindo a possibilidade de introdução ou supressão de serviços, a mudanças nas operações de serviço em uso ou, ainda, mudanças nas competências empregadas. Assim, a lógica extensiva designa a introdução de novos intermediários necessários à produção do serviço elementar adicionado. A lógica intensiva pode ser observada por uma mudança nos intermediários sem que os serviços elementares tenham sido modificados. A lógica regressiva, com a supressão de um serviço elementar, pode ser identificada pela redução de intermediários em circulação ou, alternativamente, pela introdução de novos intermediários quando o serviço tiver passado por um processo de terceirização. Seus resultados, estes sim, serão diferentes em função dos intermediários mobilizados. A lógica combinatória, por sua vez, corresponderá a uma situação em que elementos das três lógicas anteriores, e de suas conseqüências em relação aos intermediários, podem ser observados. Em todos os casos, a inovação corresponde a uma mudança no produto do serviço, ou seja, nas características que compõem o serviço final ofertado pela organização.

Ao relacionarmos determinantes e as lógicas de inovação, temos os elementos necessários para uma análise da dinâmica das RTEs. Nos próximos capítulos, a aplicação dessa perspectiva ao caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França nos permitirá explorar as contribuições da RTE a esta análise da dinâmica da inovação.

5 MÉTODO E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

O trabalho de pesquisa efetuado no desenvolvimento desta tese envolveu uma estratégia baseada no estudo de caso de inovações, identificadas no contexto de nosso objeto de pesquisa, os serviços hospitalares, associada a uma análise comparativa. Tendo como principal instrumento de coleta de dados o uso de entrevistas semi-estruturadas, do tipo episódica, a pesquisa permitiu a investigação de inovações em dois sistemas de saúde distintos: o brasileiro e o francês. Neste capítulo, apresentamos as razões das escolhas metodológicas efetuadas e o percurso de pesquisa desenvolvido. Para tanto, o capítulo encontra-se organizado em quatro seções. Inicialmente, apontamos nossa opção pelo estudo de caso como estratégia de pesquisa. Em seguida, procuramos delimitar os casos estudados e o contexto em que eles foram pesquisados, explicitando nossa opção pela inovação como caso e nossa escolha dos serviços hospitalares, bem como o uso da estratégia de comparação. Na segunda seção, apresentamos uma descrição das principais características dos serviços hospitalares no Brasil e na França. As duas últimas seções são dedicadas, respectivamente, à apresentação dos procedimentos de coleta e à análise das evidências.

5.1 Perspectiva teórico-metodológica: a opção pelo estudo de caso

A escolha do estudo de caso como método de pesquisa pode ser justificada de duas formas. De um lado, como propõe Yin (2001), pela questão que motiva essa investigação a partir da problemática proposta. De outro, pela evolução das pesquisas sobre a inovação em serviços e pela abordagem teórica que mobilizamos para investigá-la.

Yin (2001) sustenta que uma estratégia de pesquisa pode ser definida com base na articulação de três aspectos: a forma da questão de pesquisa, a necessidade de controle sobre eventos experimentais e seu foco em acontecimentos contemporâneos. Seu ponto é que não há uma hierarquia entre as estratégias de pesquisa. Há, isto sim, a melhor adequação da estratégia segundo a combinação dos aspectos mencionados. Ao comparar estratégias tais como o experimento, o levantamento, a análise de arquivos e a pesquisa histórica com o estudo de caso, este último seria recomendando quando a questão de pesquisa apresentar a forma “como” ou “por quê”, quando ela não exigir controle sobre os eventos comportamentais e quando estiver focalizada em acontecimentos contemporâneos.

Nossa questão de pesquisa, relacionada com a identificação de como se dá dinâmica da inovação em serviços hospitalares, situa-se em acordo com o tipo de questão apropriada aos estudos de caso. Não se trata de um ajuste de forma, tão-somente, mas dos objetivos que perpassam esta questão: conhecer em profundidade um determinado processo. Esse tipo de questão seria apropriado, ainda, segundo o autor, nos casos do experimento e da pesquisa história, pois “... tais questões lidam com ligações operacionais que necessitam ser traçadas ao longo do tempo, em vez de serem encaradas como meras repetições ou incidências” (YIN, 2001, p.25). Estariam descartadas, desde já, as estratégias de levantamento ou de análise de arquivos. A estratégia experimental pode logo em seguida ser deixada de lado, segundo esses critérios, já que em nosso estudo não há a necessidade de controle de eventos comportamentais. Por fim, o foco em acontecimentos contemporâneos elimina a possibilidade de uma estratégia de pesquisa histórica, ainda que a história seja um elemento importante no estudo de processos como os de inovação. Se adotarmos as sugestões de Yin (2001), a estratégia de estudo de caso emerge, portanto, como a mais adequada ao problema de pesquisa que nos propomos a investigar.

Esta opção pelo estudo de caso se encontra reforçada, ao nosso ver, pelas características do nosso campo de pesquisa: a inovação em serviços. Como pudemos discutir em toda a primeira parte deste trabalho, os serviços possuem determinadas características que conferem ao processo de inovação algumas peculiaridades em relação ao que podemos identificar na indústria. Dentre essas peculiaridades, podemos ressaltar a dificuldade de separação entre processo e produto, os aspectos intangíveis que marcam boa parte das prestações de serviço e, ainda, o caráter interativo que envolve a produção de serviços. Esses aspectos têm se mostrado suficientemente complexos para que sejam submetidos ao tratamento habitual dos levantamentos sobre inovação, tal qual demonstram Djellal e Gallouj (1999) em sua investigação sobre os levantamentos realizados em diversos países e que, de uma forma ou de outra, procuravam incorporar a questão da inovação em serviços.

O trabalho de Djellal e Gallouj (1999) propõe que os levantamentos realizados sobre inovações em serviços podem ser classificados em dois grandes grupos: os subordinados e os autônomos. Essa divisão segue a lógica de classificação das abordagens teóricas em relação à inovação em serviços e tem, como critério fundamental, as premissas adotadas em relação à inovação tecnológica ou, num sentido mais amplo, ao papel da indústria no processo de inovação. Na prática, o primeiro grupo de levantamentos limitava-se a incorporar nos questionários sobre inovação baseados nos modelos do Manual Frascati (OCDE, 1986) e no Manual de Oslo (OCDE, 1992) questões relacionadas aos serviços. A definição de inovação,

entretanto, permanecia vinculada a um único determinante da inovação, o tecnológico, ainda que o uso do Manual de Oslo tenha permitido aproximar a concepção do processo de inovação de um enfoque mais interativo; portanto, segundo Djellal e Gallouj (1999), mais adequado aos serviços, baseado no modelo proposto da cadeia integrada de inovação proposto por Kline e Rosenberg (1986). Os chamados levantamentos autônomos introduzem questões diferenciadas, procurando apreender especificidades dos serviços, tais como o envolvimento dos clientes, a possibilidade de as inovações introduzidas prescindirem de tecnologia e, ainda, uma ênfase importante sobre as inovações organizacionais. Nesse tipo de levantamento, foi detectada uma variedade considerável de definições de inovação, o que tornou difícil a comparabilidade dos resultados, muitas vezes contraditórios. Em três pontos, ao menos, a questão da comparabilidade dos resultados se mostrou especialmente problemática: na identificação das atividades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), nas comparações intersetoriais (indústria vs serviços) e na comparação entre os tipos de inovação encontrados (DJELLAL; GALLOUJ, 1999). A partir deste “levantamento sobre os levantamentos”, Djellal e Gallouj (1999) concluem que no estágio atual da pesquisa sobre inovação em serviços, embora os questionários e os levantamentos não precisem ser abandonados, faz-se necessário um trabalho de adaptação para que os resultados não subestime as possibilidades de inovação em serviços, o que ocorre sempre que limitamos a investigação aos componentes tecnológicos, ou tangíveis, da prestação de serviço. Eles sugerem a adoção de questionários “sob medida” voltados para subgrupos homogêneos de serviços, o que poderia viabilizar o emprego paulatino dessa estratégia como vistas ao ajuste gradual dos instrumentos de pesquisa.

Nossa estratégia de pesquisa pode ser encarada como o resultado desses dois tipos de consideração. Num primeiro momento, o tipo de questão que pretendemos investigar, relacionando determinantes, atores, objetivos e formas dos processos de inovação em serviços de maneira a compreendermos sua dinâmica, nos conduz a uma pesquisa que em tudo se mostra adequada às características de uma estratégia de estudo de caso, tal qual proposto por Yin (2001). Um segundo ponto, relacionado ao nosso campo de pesquisa, reitera essa opção: as especificidades dos serviços têm sido um obstáculo às estratégias de levantamento, as quais se baseiam em questionários que ora atuam de forma reducionista em relação aos serviços, restringindo suas questões às inovações tecnológicas e priorizando a comparabilidade dos resultados, ora procuram se moldar às características dos serviços, mas demonstram inconsistências conceituais e dificuldade de contemplar as diferenças intra-setoriais dos serviços (DJELLAL; GALLOUJ, 1999). O estudo de caso nos permite um aprofundamento

sobre as questões da dinâmica da inovação em serviços, sem que tenhamos que ter adotado um instrumento de pesquisa que procurasse “moldar” essa dinâmica em alguns aspectos.

A delimitação dos casos analisados

Uma vez tendo justificado nossa escolha pelo estudo de caso como estratégia de pesquisa, precisamos enfrentar o desafio inicial desse tipo de investigação, que consiste na própria definição do que é um caso no estudo em questão. Neste ponto, dois argumentos foram fundamentais, dentre as matrizes teóricas que mobilizamos, na delimitação que propusemos: o enfoque da Actor-Network Theory (ANT), e sua aplicação no conceito de rede tecno-econômica (RTE) empregado aqui, e a definição de serviços adotada e suas implicações para os serviços hospitalares. Foi com base em argumentos oriundos dessas duas vertentes que definimos as inovações como casos – casos incorporados, nos termos de Yin (2001) nos hospitais pesquisados. Isso significa que nossa análise não se debruça diretamente sobre os hospitais em si ou como um determinado hospital produz inovações, mas parte das inovações produzidas e, a partir delas, procura identificar, tendo o hospital como um ator fundamental, os demais elementos que se articularam para sua consecução. Isto é, outros atores, determinantes, operações de serviço e lógicas de inovação que configuram a rede concorreram para que a inovação se desenvolvesse. Nossa pesquisa pode ser definida, assim, como um estudo de casos múltiplos incorporados. Yin (2001) ilustra esse tipo de situação da seguinte forma:

O mesmo estudo pode conter mais de um caso único. Quando isso ocorrer, o estudo precisa utilizar um projeto de casos múltiplos, e esses projetos aumentaram com muita frequência nos últimos anos. Um exemplo comum é o estudo de inovações feitas em uma escola (com salas de aula abertas, assistência extraclasse por parte dos professores ou novas tecnologias) **na qual ocorrem inovações independentes em áreas diferentes**. Assim, cada área pode ser o objeto de um estudo de caso individual, e o estudo como um todo teria utilizado um projeto de casos múltiplos (YIN, 2001, p.67, *grifo nosso*).

Neste estudo, a busca das inovações em cada hospital, nossos casos de análise, implica que num mesmo hospital podemos verificar casos diferentes a serem analisados nos seus diversos serviços, ou áreas, e que se tornam estudos específicos (ou incorporados). Uma situação bastante similar à descrita por Yin (2001).

Como vimos ainda no desenvolvimento de nosso marco conceitual, a ANT se desenvolveu a partir de trabalhos no campo da Sociologia da Ciência e firmou-se, como apontam Amblard et al (2005), no campo do que podemos hoje chamar de Sociologia da

Tradução ou Sociologia da Inovação. O ponto de partida dos estudos da ANT, como ressalta Bruno Latour (1999; 2005), são as controvérsias em torno de fatos científicos. O foco nas controvérsias é justificado por um dos pressupostos da ANT, o de que os grupos sociais não são preexistentes, o que direciona a investigação para os processos de associação que formam esses grupos. Em outras palavras, as estruturas sociais não estariam previamente dadas, limitando o protagonismo da ação a determinados grupos definidos, como classes sociais ou categorias profissionais. Somente a análise dos processos de associação que resultam nesses grupos, ou seja, a formação de redes, permitiria a identificação dos atores respectivos. As controvérsias sobre determinados fatos científicos seriam os pontos adequados de observação da construção social desses fatos e, portanto, da identificação desses atores (Latour, 1994; 2000). Os processos de inovação são momentos assemelhados às controvérsias científicas, em que os diferentes atores que concorrem para que a inovação ocorra podem ser identificados. Uma vez que a inovação está assimilada à rotina de uma organização, a possibilidade de identificar a dinâmica que envolveu sua construção estaria reduzida.

Esse raciocínio nos conduziu a uma primeira convicção no sentido de que os processos de inovação deveriam ser o nosso foco, pois, a partir deles, poderíamos identificar os processos de associação que conduziram a formação de determinada rede tecno-econômica. A ANT parte do pressuposto que essas associações, esses processos de formação de redes entre “actantes”⁵⁵ heterogêneos, não possuem atores definidos antecipadamente. A ação só pode ser identificada no processo de atribuição que desenvolvem os envolvidos em cada caso. Eis uma segunda fonte de convicção para justificar nosso foco nos processos de inovação. Além disso, esses processos de associação podem se dar entre “actantes” situados em diferentes níveis de análise. Essa característica da abordagem metodológica da RTE permite suplantar alguns dos limites fundamentais de abordagens sistêmicas, como apontam Carlsson et al (2002), quando essas se deparam com diferentes níveis ou dimensões de análise.

O conceito de serviços que adotamos nos aponta ainda outros elementos que reforçam esta opção pela inovação como caso e pelos serviços hospitalares como campo de investigação. Como vimos, os serviços podem ser compreendidos como uma construção sociotécnica, a qual pode resultar de três lógicas que, por sua vez, resultam de diferentes combinações entre duas dimensões: o modo como o cliente entra em contato com o serviço e

⁵⁵ Cabe lembrar que o termo “actante”, emprestado da teoria semiótica, pode ser interpretado como “ator em potencial”. O ator, especificamente, é aquele que assume o protagonismo da ação. Antes de identificarmos os atores, os possíveis intervenientes num processo determinado seriam mais adequadamente definidos como “actantes”.

o tipo de capacidade com que ele se relaciona. A combinação dessas lógicas se apresenta nas operações mobilizadas sobre o suporte no qual o serviço se realiza. Seja qual for a lógica, as operações mobilizadas ou o suporte do serviço, o caráter relacional do serviço envolve sempre um componente de incerteza que permite, por sua vez, considerarmos diferentes concepções justificáveis do produto do serviço. Essas concepções variam proporcionalmente aos atores envolvidos na prestação do serviço e, portanto, às lógicas de ação que os movimentam. Os serviços hospitalares foram apresentados aqui como um composto de serviços elementares que envolvem as diferentes lógicas mencionadas. Cada um desses serviços responde a diferentes estímulos para inovar, está circunscrito a diferentes normas e expectativas e possui, potencialmente, múltiplos atores. Pelo caráter do serviço hospitalar, ele interage com uma série de atores dentro e fora do hospital que podem influenciar, via regulação, financiamento, cooperação, concorrência e outros mecanismos, os serviços prestados. Essas características nos conduziram à opção pelos serviços hospitalares como campo de pesquisa, ao que se soma, ainda, a experiência anterior do pesquisador (VARGAS, 2002). Trabalhos recentes aplicando o enfoque da inovação em serviços ao caso dos serviços hospitalares ratificaram a pertinência da escolha (DJELLAL et al, 2004; DJELLAL; GALLOUJ, 2005).

Essa estratégia seria compatível com o conceito de RTE, visto que o próprio Callon (1991) sugere que a escolha do ponto de observação pode transformar um ponto de uma rede em uma rede em todo o seu potencial de investigação.

Possibilidades e limites da comparação como estratégia

Um componente da estratégia de pesquisa implementada é o uso da comparação. Nós a mobilizamos nesta tese em três níveis: na relação Brasil-França, ou seja, na comparação entre os casos brasileiros e franceses; na relação, em cada país, entre os diferentes sistemas de oferta dos serviços hospitalares em que os hospitais considerados estão inseridos e, por fim, em cada hospital, entre as diferentes formas de inovação verificadas. Numa e noutra situação, a comparação tem objetivos e critérios específicos.

No caso da comparação internacional, desenvolvemos uma descrição da forma como se estrutura a oferta dos serviços hospitalares no Brasil e na França. Os elementos fundamentais dessa caracterização são desenvolvidos na próxima seção. Neste ponto, desenvolvemos as condições para que as dinâmicas de inovação identificadas nos hospitais possam ser contrastadas com os mecanismos de regulação, financiamento e de organização próprios de cada país. A comparação desenvolvida aqui tem como objetivo evidenciar alguns dos principais condicionantes da relação de serviço, ressaltando o caráter convencional da

definição de um serviço e, a partir dessa constatação, verificar como as lógicas de inovação se diferenciam. Vigour (2005) chama a atenção para algumas “armadilhas” que podem comprometer a qualidade do estudo comparativo, dentre elas o chamado “localismo”. Isto é, a possibilidade de, equivocadamente, serem levados em conta na comparação aspectos que possuem uma forte aderência a um dos contextos considerados. Certamente, o caso dos serviços hospitalares apresenta muitos aspectos desse tipo, o que nos leva a considerar a comparação internacional com toda cautela e aprofundar o nosso nível de análise para outros elementos de comparação.

Em cada país, a oferta dos serviços hospitalares permite identificar diferentes categorias de hospitais. Essas categorias estão associadas à natureza jurídica dos estabelecimentos (propriedade pública ou privada) e à forma de remuneração dos serviços. Tanto no Brasil como na França, foram identificadas três categorias de hospitais com base nos critérios mencionados. Em cada país, a análise das lógicas de inovação, dos atores e dos determinantes dos processos de inovação, segundo as diferentes categorias de estabelecimento, constitui nosso segundo nível de comparação.

Finalmente, em cada hospital o levantamento de dados buscou a identificação de inovações em diferentes serviços elementares. Como definimos no capítulo anterior, o serviço hospitalar pode ser compreendido como um “pacote”, que resulta da combinação de diferentes serviços. Nessa perspectiva, o serviço prestado pelo hospital não é analisado somente do ponto de vista médico, mas se procura enfatizar o papel de cada serviço, como lavanderia, limpeza, administração, nutrição, hotelaria, etc., na composição do serviço global ofertado. Essa característica configura a investigação como um estudo de casos múltiplos incorporado. Uma das vantagens desse tipo de estudo, segundo Yin (2001), é a que os diversos casos podem ser analisados de forma comparativa, o que permite ressaltar similitudes e contrastar diferenças (VIGOUR, 2005). A comparação entre os diferentes casos de hospital, agrupados segundo categorias definidas em cada país, constitui mais um nível de comparação desenvolvido.

5.2 Os serviços hospitalares no Brasil e na França

A prestação dos serviços hospitalares se desenvolve num contexto profundamente marcado por variáveis socioeconômicas que caracterizam os chamados sistemas de saúde. Sob essa denominação podemos compreender o conjunto de fatores que estabelecem os marcos gerais do funcionamento das atividades de promoção, prevenção, assistência e

reabilitação da saúde, envolvendo a definição dos níveis de assistência, das responsabilidades governamentais, da relação entre setor público e setor privado, dos modelos de financiamento da assistência, bem como das relações de controle, como no caso da vigilância sanitária, que estabelece os padrões de qualidade a serem atendidos pela indústria. Esta seção tem o objetivo de apresentar as principais características dos sistemas de saúde no Brasil e na França, focalizando a forma de inserção dos serviços hospitalares em cada um desses sistemas. Os elementos considerados nos permitem identificar os principais atores dos serviços de saúde, sobretudo nos pólos regulatório e de financiamento, nesses dois países, o que, por sua vez, nos permite identificar os principais condicionantes da atividade hospitalar e da sua dinâmica.

A seção está organizada em duas partes, com estrutura similar, voltadas ao exame desses elementos no Brasil e na França, respectivamente. Ambas abordam as características gerais do sistema de saúde, a organização dos serviços hospitalares, com uma descrição do perfil de sua oferta, e considerações sobre as recentes tendências. Esses elementos são inseridos aqui como forma de auxiliar nossa interpretação dos casos de inovação identificados, os quais serão abordados no próximo capítulo.

5.2.1 Os serviços hospitalares no Brasil

A trajetória dos serviços hospitalares no Brasil, como não poderia deixar de ser, é profundamente marcada pela evolução do sistema de saúde do país, o qual, por sua vez, foi profundamente modificado a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2005d). Esta instituiu, em seu artigo 198, os princípios de um sistema único de saúde (SUS), o qual veio a ser configurado, em suas linhas principais, pelas leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano. O processo de implementação do SUS, que de resto pode ainda ser considerado inconcluso, constitui-se num importante marco para a organização dos serviços hospitalares, sobretudo na esfera pública, mas também nos termos de seu relacionamento com a oferta privada. Nesta seção, apresentaremos as transformações no sistema de saúde brasileiro, suas organização e as implicações para a organização do serviço hospitalar.

Até 1988, o sistema de saúde brasileiro é marcado por uma desarticulada divisão de tarefas, que tinha como principal resultado a exclusão de grande parte da população brasileira do acesso à assistência de saúde vinda do governo. Podemos identificar naquele momento a existência de três linhas de ação do setor público. As políticas de prevenção, incluindo as grandes campanhas de vacinação, constituíam-se na tarefa primordial do Ministério da Saúde

e das secretarias estaduais e municipais de Saúde. A essa atividade somava-se a oferta da atenção básica, com a implementação de postos e centros de saúde, além do atendimento de urgências e emergências. Os primeiros, em geral, ficavam a cargo dos governos estaduais, ao passo que o atendimento de urgências e emergência se constituiu, normalmente, numa tarefa dos municípios. Uma terceira linha da atuação, que dizia respeito à assistência médica, sobretudo hospitalar, estava a cargo das autoridades previdenciárias e se destinava ao atendimento dos contribuintes da Previdência, ou seja, aos trabalhadores formais que recolhiam as suas respectivas cotas de contribuição previdenciária. Esta assistência se dava por intermédio da própria rede hospitalar pública ou pela rede privada, contratada ou conveniada para esse fim, em que se destacavam os hospitais sem fins lucrativos, na sua maioria filantrópicos. Esse sistema de assistência médica, ao final da década de 1970, era então administrado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual possuía uma rede própria de 42 hospitais e 563 postos de assistência médica (CASTELAR, 1993). Logo, os brasileiros que, por algum motivo, não estivessem inseridos no mercado formal de trabalho estavam excluídos do sistema assistencial público, limitado seu acesso às campanhas de prevenção e vacinação e aos atendimentos em urgências e emergências. Tal sistema conduziu a um papel preponderante da iniciativa privada na composição da oferta hospitalar, que atingiu seu ponto alto em 2002, com 71,5% dos estabelecimentos (BRASIL, 2002). Esse modelo demonstrou sua fragilidade para o atendimento das necessidades de saúde da população desde o início da década dos 1970, mas foi apenas nos anos 80 que a busca de um novo arranjo se tornou consensual (MARINHO, MORENO, CAVALINI, 2002).

A introdução do SUS, de forma gradativa, veio assegurar a universalização do acesso. Hoje qualquer brasileiro, contribuinte ou não do sistema previdenciário, pode utilizar o sistema público. Nesse processo, o sistema de saúde passou a ter uma estrutura de gestão compartilhada, em que a direção do sistema está centrada no Ministério da Saúde, responsável pela definição das políticas e das estratégias de longo prazo, ao passo que, localmente, no nível estadual ou municipal (de acordo com o previsto nas normas operacionais do SUS – NOAS), se desenvolve a gestão da prestação dos serviços, diretamente ou por meio da rede contratada ou conveniada. Globalmente, consideradas todas as esferas governamentais, o dispêndio de recursos com a saúde atingiu, em 2003, 3,45% do PIB (BRASIL, 2005a).

No entanto, o SUS não consegue atender às necessidades do conjunto dos usuários. Vários problemas são apontados, entre eles, a falta de médicos, os problemas com a manutenção de equipamentos, longas filas, distância dos postos de atendimento, eis um

conjunto de fatores apontados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) que impediram o atendimento de alguns usuários. Cabe salientar que entre os mais pobres o percentual de não-atendimento da demanda com saúde é 6,5 vezes o percentual dos mais ricos, evidenciando que estes buscam uma estrutura de oferta alternativa àquela oferecida pelo sistema público (BRASIL, 2003). Embora a questão do acesso universal venha sendo atacada, o sistema carece de resolutividade, o que significa que o acesso, muitas vezes, não é suficiente, sendo necessário aprimorar a qualidade do atendimento (BRASIL, 2004). Mesmo assim, segundo a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada em 2002, o SUS permitiu o atendimento de 130 milhões de brasileiros, ou seja, em torno de 74% da população, que se estima em torno dos 176 milhões de habitantes (BRASIL, 2002). Para essa cobertura, os gastos públicos em saúde, reunindo as três esferas de governo, chegaram a 3,48% do PIB em 2002 (BRASIL, 2002).

Paralelamente ao SUS, desenvolveu-se no Brasil um sistema de saúde denominado suplementar, cuja oferta é assegurada pela iniciativa privada a partir da contratação de planos de saúde ou da contratação direta dos usuários. Como vimos, esta oferta privada foi bastante estimulada pelo tipo de organização da assistência à saúde vigente antes de 1988, que restringia a participação pública na oferta dos serviços e, já depois do SUS, foi bastante estimulada por uma demanda resultante das dificuldades do sistema único. Os planos de saúde, cuja regulamentação recente está configurada na lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998⁵⁶, apresentam uma cobertura de 24,6% da população, ou seja, em torno de 43,2 milhões de habitantes. A denominação plano de saúde, por sua vez, abriga diferentes modalidades de serviços, tais como planos próprios dos prestadores, planos de terceiros e planos de assistência aos servidores públicos. Os primeiros são agrupados na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios sob a denominação “planos privados” e são responsáveis por 79,2% da cobertura total dos planos de saúde, ao passo que os planos de assistência aos servidores públicos respondem por 20,8% desse total (BRASIL, 2003). A atuação das operadoras de saúde, que totalizam cerca de 2.277 empresas (Brasil, 2005c), e de resto todo o

⁵⁶ A legislação define um plano privado de assistência à saúde como “... a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor” (artigo 1º, inciso I, da lei nº 9.656, de 18 de junho de 1998). Uma operadora de plano de assistência à saúde, por sua vez, é definida como uma “... pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial,

funcionamento desse sistema suplementar, incluindo a relação entre as operadoras, as prestadores de serviço e os consumidores, está sob a tutela da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, criada pela lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Tomados em conta em seu conjunto, o SUS e o sistema de saúde suplementar têm proporcionado números positivos na evolução do acesso e da utilização dos serviços de saúde. Segundo a PNAD (BRASIL, 2003), no seu suplemento mencionado, 79,3% dos brasileiros teriam acesso a um serviço de saúde regular, número superior aos dados da mesma pesquisa no ano de 1998, quando 71,2% da população teria esse tipo de acesso. Quando a análise se desdobra em direção aos tipos de serviços de saúde utilizados, a distribuição resultante aponta a preponderância dos postos ou dos centros de saúde, serviços eminentemente públicos, que são apontados por 52,4% dos usuários, como ilustra a tabela abaixo (BRASIL, 2003)⁵⁷. Esse perfil de utilização tem como correspondente uma estrutura de financiamento que, segundo os dados da PNAD (BRASIL, 2003), aponta o SUS como responsável por 57,2% desses atendimentos, seguido pelos planos de saúde (privados ou de assistência ao servidor público), com 26%, e o desembolso direto do usuário, que respondeu por 14,8% dos atendimentos.

Tabela 1 – Tipos de serviço de saúde utilizados regularmente

Tipo de serviço de saúde	Utilização (%)
Postos ou centros de saúde	52,4%
Consultórios particulares	18%
Ambulatórios de hospitais	16,9%
Pronto-socorro/Emergência	5,8%
Clínicas	4,4%
Farmácias	1,4%

cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo” (artigo 1º, inciso II, da lei nº 9.656, de 18 de junho de 1998).

⁵⁷ Os dados sobre a procura de serviços de saúde consideram a demanda do usuário nos últimos quinze dias.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da PNAD (BRASIL, 2003).

Esses números apontam uma distribuição da utilização em relação ao tipo de financiamento e, por sua vez, ao nível de renda. Os dados da pesquisa apontam que os níveis de renda mais baixos priorizam a procura de atendimento nos postos e centros de saúde, invariavelmente públicos e financiados pelo SUS. À medida que seguimos os níveis de renda em direção aos mais altos, cresce a procura por consultórios e clínicas. Considerando a utilização desses serviços, 98% dos entrevistados manifestaram que, ao procurá-los, tiveram sua demanda atendida. Aqueles que não conseguiram atendimento apontaram dois fatores fundamentais: a indisponibilidade do serviço (48,9%) e a falta de médico (25,5%). Entre os que não procuraram o atendimento, um grupo de aproximadamente 3% não o fez mesmo alegando ter necessidade. Nesses casos, 23,8% apontaram como razão para não terem procurado o atendimento necessário a falta de recursos financeiros, 18,1% apontaram a demora no atendimento como razão para não procurá-lo, ao passo que 12,7% alegaram a dificuldade de acesso (distância/transporte) e percentual idêntico aponta o horário de funcionamento do serviço de saúde como incompatível com sua disponibilidade de horário. Esses dados, analisados em seu conjunto, apontam que a questão do acesso universal, como afirmamos, vem sendo suprida, seja pelo SUS, seja em sua combinação com o sistema suplementar. Como vimos, 98% dos usuários que buscaram atendimento consideram tê-lo obtido. No entanto, as diferenças nos tipos de serviço procurados de acordo com o nível de renda demonstram que as insuficiências do SUS não são supridas no que diz respeito à equidade do acesso e à qualidade deste. As implicações desse modelo de assistência, por conseguinte, afetam a oferta dos serviços hospitalares no Brasil.

As características da rede hospitalar brasileira podem ser abordadas a partir de dois enfoques. De um lado, podemos considerá-la em relação ao uso que a população faz dos hospitais existentes. Ou seja, que papel atribui a essa rede, que serviços ela busca e com que frequência. De outro, podemos descrever o parque hospitalar instalado, sua heterogeneidade de formatos institucionais e de formas de financiamento dos serviços, identificando de que forma eles se adaptam à demanda existente.

O uso dos serviços hospitalares no Brasil aponta um coeficiente de internação hospitalar da ordem de 7%, ou seja, cerca de 12,3 milhões de brasileiros foram internados ao menos uma vez no ano precedente ao momento da pesquisa (BRASIL, 2003). Os dados disponíveis para 2002, referentes à Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, que se ocupa da investigação dos estabelecimentos de saúde, apontam um coeficiente de internação hospitalar

da ordem de 11,52% (BRASIL, 2002)⁵⁸. Cabe salientar que o Ministério da Saúde brasileiro considera que esse coeficiente deve se situar, idealmente, entre 7% e 9%. A PNAD aponta, ainda, uma relação inversa entre o coeficiente de internação hospitalar e o rendimento familiar (BRASIL, 2003). Se considerarmos os dados da utilização do sistema de saúde, mencionados anteriormente, podemos agregar, em nossas considerações, a relação entre o tipo de serviço regularmente utilizado e a necessidade de internação. As camadas mais ricas da população, que se utilizam com regularidade de consultórios médicos e clínicas, são menos hospitalizadas, ao passo que as camadas mais pobres, que se valem prioritariamente dos postos e dos centros de saúde, parecem ter um acompanhamento menos eficaz, que as conduz a demandar mais intensamente as internações. Os dados do financiamento das internações reforçam essa consideração, à medida que 67,6% das internações realizadas em 2003 foram financiadas pelo SUS, enquanto 24,3% foram respaldadas, integral ou parcialmente, pelas operadoras de planos de saúde (BRASIL, 2003). A pesquisa aponta, ainda, que há importantes diferenças regionais, com o SUS aumentando sua participação nas regiões mais pobres do país (Nordeste, Norte e Centro-Oeste) e as operadoras sendo mais acionadas nas regiões mais ricas (Sul e Sudeste do país). Esse dado é corroborado, no nível de análise das famílias, pela correlação positiva entre nível de renda e cobertura por planos de saúde, indicador presente no suplemento de saúde da PNAD de 1998 e de 2003 (BRASIL, 1998; BRASIL, 2003). A análise por meio do financiamento, no entanto, pode encobrir uma realidade do sistema de saúde brasileiro: o financiamento pelo SUS possui uma correlação alta também com o nível de complexidade dos atendimentos. Em outras palavras, as internações realizadas por intermédio do SUS têm duas características fundamentais e não excludentes: o SUS responde pela cobertura das internações da população de renda mais baixa ao mesmo tempo em que responde pelas internações de maior complexidade, independentemente do nível de renda dos usuários. O exemplo mais contundente dessa característica são os transplantes de órgãos, procedimento de alta complexidade cuja execução se dá, majoritariamente, nos hospitais da rede pública ou conveniada ao SUS.

Do ponto de vista da oferta, os dados apontam a existência de 65.343 estabelecimentos de saúde, além de outros 2.269 estabelecimentos de saúde em funcionamento por intermédio

⁵⁸ Podemos especular alguns motivos para a distância entre esse coeficiente nas duas pesquisas. O primeiro deles, seria o período de cobertura diferenciado. O segundo seria a forma de coleta dos dados. Enquanto a PNAD entrevista os usuários em seus domicílios e se vale da sua declaração, a AMS recorre diretamente ao registro nos estabelecimentos de saúde. Parece-nos que uma redução abrupta do coeficiente de internação seria dificilmente justificada, pelo que tendemos a considerar o coeficiente mensurado pela AMS como mais próximo à realidade dos nossos serviços.

de contratos de terceirização no interior desses estabelecimentos (BRASIL, 2002). Desse total, a pesquisa registra cerca de 11% de estabelecimentos com internação, o que, em termos absolutos, significa 7.397 estabelecimentos. Esse número tem se mantido estável nos últimos levantamentos, demonstrando uma taxa de crescimento de 1,28% ao ano, tomando como base o ano de 1976, quando foram registrados 5.311 estabelecimentos dessa natureza (BRASIL, 2002). Entretanto, entre os levantamentos de 1999 e 2002, a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária apontou uma redução dos estabelecimentos. No setor público foi registrada a perda de 25 estabelecimentos e no setor privado, considerando o período de 1992 a 2002, a redução foi de 507 estabelecimentos. Na oferta de leitos, a redução também se faz sentir. O Brasil apresentava uma proporção de 3,65 leitos para cada 1.000 habitantes em 1992, proporção que se reduziu para 2,70 leitos para cada 1.000 habitantes em 2002, uma redução de cerca de 25% nessa proporção. Em termos absolutos, a oferta de leitos para internação em 2002 atingiu 471.171 leitos. A queda do número de leitos se deu tanto no setor público quanto no setor privado, embora neste último tenha sido mais acentuada. O setor privado respondia por 76,61% dos leitos para internação em 1990, ao passo que em 2002 a participação, ainda majoritária, foi de 68,64% (BRASIL, 2002). Segundo os padrões do Ministério da Saúde, essa redução do número de leitos não está fora dos limites definidos. A portaria nº 1.101/GM, do Ministério, indica que a proporção ideal de leitos por mil habitantes deve estar entre 2,5 e 3. Esses dados envolvendo a redução dos estabelecimentos com internação e do número de leitos destinados a tal fim contrastam, por um lado, com a estabilidade do número de internações e com o crescimento do número de estabelecimentos de saúde em geral capitaneada pelos estabelecimentos sem internação. Conclusões a partir desses movimentos podem ser precipitadas, mas apontam na direção de internações mais curtas, o que poderia estar associado aos impactos da incorporação tecnológica, que reduz o caráter invasivo de algumas intervenções e, portanto, do tempo de permanência em recuperação nos hospitais. Além disso, a incorporação tecnológica, pelos seus altos custos e pelo caráter não-substitutivo da tecnologia anterior, requer empreendimentos com maior fluxo de procedimentos para assegurar o retorno dos investimentos (ANTUNES et al, 2002).

Se avançarmos na análise da oferta hospitalar brasileira, levando em conta a relação de convivência do SUS e do sistema suplementar, podemos identificar um quadro bastante particular na composição dessa oferta. As origens da organização do sistema de assistência médica brasileira, com a delegação das atividades hospitalares à iniciativa privada, estimulada pela reduzida capacidade de investimento do setor público, resultam numa distribuição desses estabelecimentos que denota o predomínio da oferta privada, com cerca de 65% dos

estabelecimentos. Enquanto, nos estabelecimentos de saúde sem internação, a rede pública predomina, respondendo por 71,57% dos estabelecimentos. Essa relação, entretanto, vem apresentando uma tendência em direção ao equilíbrio, pois, se levarmos em conta o início da década de 1990, os estabelecimentos privados respondiam por 71,5% da oferta e, em 1999, esse percentual era de 66,5%. O decréscimo dessa participação relativa pode ser atribuído ao movimento de redução de estabelecimentos com internação, o qual, como vimos, é mais intenso na iniciativa privada. O setor público apresentou um crescimento expressivo da oferta a partir da descentralização do sistema advinda com o SUS, sobretudo com o crescimento da oferta estimulada por novos estabelecimentos estaduais e municipais, o que resultou num crescimento assentado, principalmente, em unidades de pequeno porte, com destaque para o crescimento no Norte e no Nordeste brasileiros (BRASIL, 2004). Do total de leitos para internação no setor público, as esferas estadual e municipal respondem por 88% da oferta no Brasil, sendo que no Nordeste esse percentual atinge 92,9% e no Norte, 90,5%. Essas são as duas regiões do país em que essa oferta se situa acima da média nacional. Mas os dados apontam, a partir de 1999, também a redução dos estabelecimentos públicos com internação, que passam de 2.613 naquele ano para 2.588 em 2002. Logo, a oferta da rede pública se mantém estável, com uma leve tendência de queda a ser confirmada nos próximos levantamentos, ao passo que a rede privada experimenta uma redução expressiva. Depois de ter atingido o número de 5.359 estabelecimentos em 1987 e de responder por 5.319 estabelecimentos em 1992, o setor privado decresceu ao número de 4.809 estabelecimentos, muito próximo do registrado no final da década de 1970. Boa parte destes estabelecimentos privados integra o SUS, pois está inserida na categoria dos hospitais filantrópicos, que se somam, para compor a oferta do sistema, aos hospitais públicos e universitários. Segundo os dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 5.876 estabelecimentos integravam a rede do SUS, o que apontaria para um número de 1.521 estabelecimentos exclusivamente atuando no sistema suplementar e mediante o desembolso direto do usuário.

Um outro aspecto fundamental na distinção entre o SUS e o sistema suplementar diz respeito à relação com o corpo médico nos hospitais públicos e nos hospitais privados. Nos primeiros, os médicos são contratados mediante concurso público e passam a manter uma relação funcional correspondente às normas gerais definidas para os funcionários públicos, inseridos, portanto, numa relação funcional hierárquica no seio dos hospitais. Nos hospitais privados, vigora a figura do “corpo clínico aberto”. Em outras palavras, embora os hospitais privados possam ter médicos contratados, o que muitas vezes ocorre, a maioria dos profissionais atua de forma liberal. Essa atuação pode se dar, para um mesmo médico, em

tantos hospitais quanto ele deseje, bastando que, para isso, ele tenha um cadastro no hospital. Em nossas investigações, pudemos verificar situações em que os hospitais chegam a ter um corpo clínico de 3.000 profissionais, dos quais aproximadamente 10% executam procedimentos habitualmente no estabelecimento. Não há, portanto, uma relação hierárquica entre o estabelecimento e os médicos, o que lhes coloca, frente ao hospital privado, numa condição bastante diferenciada da do hospital público. O médico liberal está fora do alcance de muitos procedimentos administrativos que o hospital procura estabelecer, ao mesmo tempo em que, além de ser um elemento fundamental na qualidade dos serviços prestados, exerce um papel decisivo na escolha dos pacientes por este ou aquele hospital. Mesmo para o cliente que não fará o desembolso direto, e que se valerá de um determinado plano de saúde, a oferta de hospitais é relativamente ampla e a palavra do médico será o elemento-chave de sua tomada de decisão (BAHIA, 2001). Nesse contexto, o relacionamento do hospital com seu corpo clínico pode ser considerado um fator crítico para a competitividade do hospital.

São essas múltiplas facetas dos hospitais brasileiros, em termos de perfil da rede instalada, de modalidades de financiamento e peculiaridades decorrentes da dicotomia SUS/Sistema Suplementar, que permitem identificar uma segmentação da oferta de seus serviços, tal qual Santos e Gerschman (2004) demonstram para o conjunto dos serviços de saúde. Essa segmentação “natural”, posto que não decorre de uma política intencionalmente definida pelas autoridades sanitárias, tem feito com que os serviços hospitalares se constituam, nas condições atuais, em um obstáculo para que a oferta de serviços de saúde alcance os ideais de universalidade, integralidade, equidade e participação social (BRASIL, 2004).

A oferta hospitalar brasileira reflete, nos dias de hoje, os elementos históricos de sua constituição, resultante de uma divisão de tarefas que anteriormente qualificamos como “desarticulada”, pois desenvolvida muito mais em função das limitações de recursos do setor público do que de um planejamento de esforços combinados. Hoje, porém, podem ser identificados os elementos que se associam, oriundos do processo regulatório, dos mecanismos de financiamento, dos avanços tecnológicos e do perfil da demanda e que configuram uma oferta de serviços que, embora inserida no contexto de políticas públicas voltadas para a consolidação do SUS, resiste de forma segmentada. As características dos estabelecimentos hospitalares refletem essa configuração bastante heterogênea. Os hospitais públicos e privados contemplam atividades de ensino e muitos deles são essencialmente hospitais universitários. Dentre os hospitais privados, encontramos um grande contingente de hospitais filantrópicos. Há, portanto, uma estrutura bastante diversificada de naturezas

jurídicas, formas de financiamento e gestão que configuram o universo dos serviços hospitalares e de sua complexidade organizacional.

Essa diversidade, porém, não tem sido capaz de alcançar os princípios de um sistema universal, eqüitativo e de boa qualidade. O Ministério da Saúde, por exemplo, avalia a rede hospitalar do SUS da seguinte forma:

O Brasil possui uma rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade dos serviços, com grande concentração de serviços e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional e favorecimento das regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2004, p.11).

Esse quadro tem motivado a discussão de uma reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira, proposta pelo Ministério da Saúde e que tem como foco a rede hospitalar do SUS, de propriedade estatal ou conveniada ao sistema. De resto, a rede hospitalar privada que está fora do SUS não é objeto de qualquer tentativa de inserção ou complementaridade com a oferta pública, sendo abordada no contexto do Sistema de Saúde Suplementar e, assim, restando sob tutela da ANS. Voltando à rede do SUS, portanto, a principal crítica reside na centralidade do hospital – modelo hospitalocêntrico –, em que ele absorve demasiados recursos, humanos e financeiros, sem estar adequadamente integrado ao conjunto do sistema e, assim, sem garantir a integralidade da atenção aos usuários. Em outras palavras, o sistema se articula em torno do cuidado pontual que o hospital proporciona, cuidado geralmente resultante da falta de uma medicina preventiva, e, além de não fazê-lo com bons resultados, deixa de lado o antes – a prevenção, a educação, o acompanhamento sistemático do nível de saúde dos usuários e dos fatores socioeconômicos que podem afetá-lo – e o depois – a reabilitação, o cuidado de longa duração. O MS tem apontado as principais dificuldades da atenção hospitalar no Brasil, que tem sido motivo de debate na sociedade e entre os especialistas da área, quais sejam:

- **Aspectos financeiros:** insuficiência dos recursos tanto para o custeio (atividades de rotina dos estabelecimentos já existentes) como para o investimento (modernização, ampliação e reformas dos estabelecimentos existentes, incluindo também a compra de novos equipamentos e, eventualmente, a construção de novos estabelecimentos);
- **Aspectos políticos:** a concepção do SUS, baseada em princípios democráticos e que estimulam a descentralização da gestão, esbarra, muitas vezes, nas disputas político-eleitorais que envolvem os governantes das três esferas de governo e

dificultam a atuação conjunta idealizada e prevista nas normas operacionais do SUS;

- **Aspectos organizacionais:** o MS tem poucos dados sobre os modelos de gestão vigentes, sendo que os mais sistematizados envolvem os hospitais filantrópicos contratados ou conveniados. Esse fato já é suficiente para demonstrar as tremendas dificuldades nesse aspecto, o qual dificulta o desempenho não só das **unidades** isoladas, mas do sistema como um todo;
- **Questões assistenciais:** falta articulação entre os serviços para compatibilizar os diferentes níveis de assistência, além de faltarem protocolos assistenciais que estimulem a perseguição de um nível de qualidade assistencial desejado;
- **Formação profissional:** o SUS não conseguiu articular o subsistema de formação previsto em seu surgimento, o que tem como resultado uma defasagem dos profissionais e, em algumas especialidades, sobretudo considerando a distribuição regional dos trabalhadores, falta de pessoal qualificado.
- **Questões sociais:** a rede hospitalar do SUS está mal distribuída regionalmente, sobretudo se são levados em conta os serviços efetivamente disponibilizados, o que coloca em risco a equidade de acesso que baliza os princípios do sistema.

Embora a quantidade de fatores arrolados, o diagnóstico do MS centra-se num ponto, que pode ser considerado fundamental: a redefinição do modelo assistencial passa, necessariamente, por uma nova concepção sobre qual deve ser o foco da atenção (BRASIL, 2004). A posição defendida pelo órgão, cujo titular é também, de acordo com a legislação vigente, o gestor maior do SUS, é que precisamos deslocar o foco da assistência prestada **da doença para a saúde**. Essa mudança de enfoque exigiria a evolução de um modelo médico-assistencial “hospitalocêntrico”, o qual o BRASIL (2004) aponta como um modelo industrial da produção de saúde, cuja organização se orienta para a busca de economias de escala, para um modelo em que o hospital exerce um papel diferenciado numa rede de serviços hospitalares. Nos termos contidos na avaliação do MS, e que nos parecem extremamente relevantes para compreender os desafios da evolução dos serviços hospitalares brasileiros, estes devem superar o modelo industrialista e desenvolver-se no contexto de um **modelo assistencial que enfatize os serviços**, privilegiando um relacionamento intenso e duradouro com os usuários. Alcançar esse novo modelo requer uma redefinição do papel do hospital no conjunto dos serviços de saúde ofertados à população, um esforço de passagem de uma atenção pontual a uma atenção integral. Iniciativas recentes, como os processos de

contratualização entre os gestores do SUS e hospitais filantrópicos, hospitais de pequeno porte e, mais recentemente, hospitais universitários, têm apontado alternativas nessa direção, embora sejam ainda muito limitadas se considerada a paisagem hospitalar brasileira.

5.2.2 Os serviços hospitalares na França

A concepção do sistema de saúde francês se caracteriza pela convivência de duas lógicas presentes desde o pós-guerra: de um lado, a determinação de constituir um sistema universal, de outro, uma importante participação de regimes específicos ligados a determinados ramos de atividade. A universalização indica a cobertura extensiva a todos os cidadãos, bastando para isso sua residência no país, sem que contrapartida individual seja uma pré-condição para o atendimento, ao passo que a existência de regimes especiais corporativos limita o acesso às categorias profissionais beneficiadas, as quais contribuem diretamente para a manutenção do sistema de assistência à saúde (D'INTIGNANO, 2004a). Em reformas sucessivas, o sistema francês tem acentuado seu caráter universal, o que pode ser constatado pela instituição da cobertura universal (em francês, *Coverture Maladie Universel*, ou simplesmente CMU) em 1999. Persistem, no entanto, os regimes com vinculações profissionais, como no caso dos agricultores e dos funcionários de empresas públicas, embora 85% dos assalariados estejam reunidos no mesmo fundo (a Caixa Nacional de Seguro Doença dos Trabalhadores Franceses, cuja sigla, em francês, é CNAMTS) e a maior parte desses regimes especiais tenha sido integrada a esse fundo ou regime geral (D'INTIGNANO, 2004b).

No que diz respeito aos gastos com o sistema, pode-se observar que as despesas de saúde têm crescido continuamente e se tornado objeto das preocupações dos governantes com os déficits crescentes⁵⁹. Em 1960, por exemplo, as despesas de saúde na França representavam 3,5% do PIB, ao passo que, em 2001, chegaram a 8,8% do PIB (COURRÈGES, 2004). Dados recentes apontam que essa participação atingiu 10,6% do PIB em 2005⁶⁰, o que significa a

⁵⁹ O regime geral da Assurance Maladie teve um déficit de 11,1 bilhões de euros em 2003, com uma previsão de 12,9 bilhões em 2004 (COURRÈGES, 2004). Esse quadro motivou uma reforma implementada por meio da lei do 13 de agosto de 2004, como é conhecida na França (TRÉPREAU, 2004).

⁶⁰ Como esclarecem Fenina e Geffroy (2006), três agregados diferentes procuram mensurar as despesas com saúde na França. O primeiro chama-se Consumo de Assistência e Bens Médicos (CSBM – *Consumation de Soins et Biens Médicaux*), que compreende a assistência hospitalar, ambulatorial, transporte sanitário, medicamentos e outros bens médicos, como próteses e óculos. Esse indicador aponta uma despesa de 8,84% do PIB em 2005. Um segundo indicador, a despesa corrente de saúde, considera todos os valores despendidos pelos financiadores do sistema de saúde, o que implica uma maior abrangência, pois envolve gastos com prevenção,

quarta maior participação dos gastos em saúde na composição da riqueza nacional entre os países da OCDE (FENINA; GEFFROY, 2006). Diversos fatores concorrem para esse aumento, como a elevação da expectativa de vida e os custos dos equipamentos médicos e dos medicamentos, além do próprio movimento de universalização, ainda que em menor medida, o que tem provocado um conjunto de reformas no sistema de assistência à saúde (Assurance Maladie). Quanto ao financiamento dos gastos, segundo dados das contas nacionais de saúde para o ano de 2005, 77,1% dos recursos despendidos provêm das contribuições ao Seguro Social (Sécurité Sociale), 1,3% é diretamente provido pelo orçamento do Estado, consideradas tanto sua administração central quanto as coletividades locais, 12,8 % provêm dos seguros complementares⁶¹ e 8,7% são despendidos diretamente pelas famílias (D'INTIGNANO, 2004a; FENINA; GEFFROY, 2006).

A oferta dos serviços hospitalares franceses está distribuída numa rede de 3.052 estabelecimentos, dos quais 1.010 públicos e 2.042, privados. Em seu conjunto, estes estabelecimentos oferecem 471.529 leitos para internação e 47.000 leitos para acolher pacientes em tempo parcial (TANTI-HARDOUIN, 2004). Há uma nítida assimetria em termos de porte desses estabelecimentos, segundo a natureza de sua propriedade, já que os hospitais públicos apresentam uma média de 316 leitos para internação, ao passo que os hospitais privados têm uma média de 80 leitos (BONNICI, 2004). Os gastos com o sistema hospitalar atingem cerca de 4% do PIB (BONNICI, 2004), sendo que os hospitais públicos representaram 77,3% desse total no ano de 2005 (FENINA; GEFFROY, 2006). No que diz respeito ao setor hospitalar, o financiamento está fortemente concentrado no Seguro Social e no Estado, os quais respondem por 92,6% dos recursos, ao passo que os seguros complementares desembolsam 3,6% e as famílias, diretamente, 3,8% (D'INTIGNANO, 2004a). Esta baixa participação direta das famílias na remuneração dos serviços hospitalares faz como que, na prática, do ponto de vista dos usuários, a distinção entre sistema público e privado, e mesmo estas diversas configurações do setor privado, não traga maiores

pesquisa, capacitação, indenizações de diárias hospitalares, além de gastos relacionados à gestão do sistema. Esse indicador apontou uma despesa equivalente a 11,14% do PIB. Por fim, a despesa nacional de saúde é o indicador usado pela OCDE e na França resulta da despesa corrente da qual são suprimidas as indenizações de diárias e os gastos com prevenção coletiva e adicionados os investimentos em formação bruta de capital fixo no setor hospitalar público. Esse indicador, que aponta gastos da ordem de 10,6% do PIB francês, foi o que retemos pela sua comparabilidade com os demais países da OCDE.

⁶¹ Os seguros complementares são facultativos e se destinam à cobertura de reembolsos parciais ou por serviços não cobertos pelo seguro saúde obrigatório. Podem ser ofertados por instituições diferentes, notadamente por seguros de saúde, pelas chamadas “mutuelles” e por institutos de previdência privada (D'INTIGNANO, 2004a). Muitos desses seguros complementares estão associados a categorias profissionais específicas. Diferentemente

conseqüências. Essa característica tem implicações fundamentais para a gestão dos hospitais, sobretudo para os que atuam no mercado privado: o preço dos serviços não é um parâmetro levado em conta na escolha do prestador. Como salienta De Kervasdoué (2004), num alerta aos que pretendem analisar essas organizações,

Um economista poderia se surpreender pela coexistência num mesmo mercado de instituições concorrentes com regras de funcionamento tão heterogêneas. Neste caso, ele estaria se esquecendo que se há concorrência entre estabelecimentos de saúde, ela não se baseia no preço: o consumo de assistência hospitalar é para todos os franceses praticamente gratuito, qualquer que seja a instituição escolhida pelo paciente (DE KERVASDOUÉ, 2004, p.13)

Hospitais públicos

Desde o pós-guerra, os hospitais públicos assumiram um papel central no sistema de saúde francês (IMBERT, 1966; DE KERVASDOUÉ, 2004; BONAFINI; RENAULT-TESSON, 2004). Eles são classificados pela legislação francesa (classificação definida na lei hospitalar de 31 de julho de 1991 e mantida na lei hospitalar de 4 de março de 2002) em duas categorias, que derivam de critérios relacionados à complexidade dos serviços e a sua localização geográfica: os hospitais locais e os centros hospitalares (BONNICI, 2004). Entre esses dois grupos há, portanto, uma hierarquia de complexidade que se associa a uma distribuição regional. De Kervasdoué (2004) registra que os hospitais locais, que totalizam 345 estabelecimentos, estão restritos, hoje, à zona rural e suas atividades foram gradativamente se especializando nos cuidados geriátricos, o que faz com que, em sua maioria, e tal como alguns serviços nos centros hospitalares, eles tenham uma atividade associada com o abrigo de idosos que requeiram cuidados contínuos⁶². Os centros hospitalares podem ser subdivididos em três categorias: centros hospitalares regionais, centros hospitalares e centro hospitalares especializados em psiquiatria. Os centros hospitalares regionais (CHR), 29 estabelecimentos distribuídos por toda a França, constituem-se na referência fundamental em assistência na região em que estão inseridos, ofertando todas as especialidades médicas e cirúrgicas, além de um parque tecnológico completo, com os equipamentos requeridos para os serviços de mais alta complexidade tanto no tratamento como na configuração dos

das operadoras de plano de saúde no Brasil, eles não possuem qualquer ingerência sobre a remuneração dos serviços, definida pelas autoridades sanitárias.

⁶² Segundo Carrasco et al (2005), nas outras atividades de hospitalização, como os cuidados de curta duração, esses hospitais representam apenas 0,5% das entradas totais e 1,4% das diárias em clínica médica, cirurgia e obstetria.

diagnósticos. Os centros hospitalares regionais que estão associados a estabelecimentos universitários de ensino, por meio de uma convenção, são também denominados de centros hospitalares universitários (CHU). Dos 29 CHR, 27 atuam como CHU. Os centros hospitalares (CH) desempenham o papel anteriormente atribuído aos hospitais locais, qual seja, o de hospital de proximidade, embora estes 553 estabelecimentos apresentem um grau heterogêneo de complexidade e muitos deles se aproximem do nível de oferta dos CHU e, em alguns casos, possuam vínculos pontuais, em determinadas especialidades médicas, com estabelecimentos de ensino e pesquisa (DE KERVASDOUÉ, 2004).

Bonafini e Renault-Tesson (2004) identificam quatro fases do desenvolvimento dos hospitais públicos franceses no que diz respeito aos aspectos regulatórios e de gestão (quadro 4). Em sua origem, entre os anos de 1945-1970, o sistema hospitalar se desenvolveu fortemente como base do sistema de saúde – um modelo hospitalocêntrico – em que “... o postulado da superioridade da contribuição do hospital ao domínio sanitário e social...” (BONAFINI; RENAULT-TESSON, 2004, p.2, tradução nossa) justificava os investimentos públicos. O marco legal desse período é a chamada Lei Debré, uma lei hospitalar de 1958 que regulamentou as atividades dos médicos nos hospitais e autorizou a criação dos centros hospitalares universitários, consolidando esta centralidade do hospital em detrimento da medicina liberal.

A partir de 1970, e até 1983, os hospitais públicos são marcados por uma política pública que visa estabelecer a equidade do acesso nas diversas regiões do país. Para tanto, aposta-se na planificação, com a introdução da carta sanitária, a qual estabelecia os parâmetros para a expansão do sistema. Novos investimentos e a aquisição de equipamentos pesados passam a depender de autorização da tutela (BONAFINI; RENAULT-TESSON). O final da década de 1970 marca a primeira modificação no modo de remuneração dos hospitais. Até então eles eram financiados com base no preço da diária, determinado pela relação entre o custo previsto e a atividade prevista pelo hospital, tendo como base o orçamento executado no ano anterior. Esse sistema é substituído pela chamada Dotação Global de Financiamento. A introdução do novo sistema de financiamento marca o início de um período de maior controle sobre a atividade hospitalar. O financiamento pelo preço da diária era contemplava um ajustamento *a posteriori*, que permitia a compensação ao hospital, caso os custos tivessem excedido o orçamento previsto. A dotação global configura uma expectativa sobre as receitas e as despesas do hospital, com base no orçamento do ano anterior, acrescida de uma taxa denominada “taxa diretor”. A definição do orçamento, nessa modalidade, não está relacionada

às atividades específicas do hospital, o que enseja que ele tenha que se adaptar ao orçamento previsto.

Quadro 4 – Evolução do sistema hospitalar público francês

Período	1945-1970	1970-1983	1983-1991	1991-?
	Origem e crescimento	Busca da equidade	Imposição de restrições	Era da gestão
Textos legais	Ordonnance 58-1373, de 30 de dezembro de 1958 (lei hospitalar de 1958 – Lei Debré)	Lei 70-1318, de 31 de dezembro de 1970 (reforma hospitalar)	Decreto 83-744, de 11 de agosto de 1983	Lei hospitalar de 1991 (lei 91-748, de 31 de julho de 1991) Ordonnance 96-346 (Ordonnance Juppé), de 24 de abril de 1996 Lei 2002-303, de 04 de março de 2002 (direitos dos doentes e qualidade do sistema de saúde) Ordonnance 2003-850, de 04 de setembro de 2003 (simplificação da organização e funcionamento do sistema de saúde)
Características principais	<ul style="list-style-type: none"> * Remuneração com base no preço da diária, ajustável no ano seguinte de acordo com eventuais déficits verificados; * Estímulo à expansão da oferta de serviços hospitalares. * Regulamentação das atividades dos médicos nos hospitais; * Criação dos Centros Hospitalares Universitários 	<ul style="list-style-type: none"> * Introdução da carta sanitária no contexto de uma política de planejamento da oferta regional, com vistas à distribuição equitativa de leitos hospitalares; * Controle dos investimentos hospitalares e da aquisição de equipamentos pelas autoridades de tutela. 	<ul style="list-style-type: none"> * Mudança no sistema de financiamento das atividades hospitalares, com a criação da Dotação Global de Financiamento; * Estruturação obrigatória dos hospitais em centros de responsabilidade; * Implementação do Programa de Medicalização dos Sistemas de Informação (PMSI), com base nos Grupos Homogêneos de Doentes. 	<ul style="list-style-type: none"> * Criação do SROS (Esquema Regional de Organização da Assistência); * Exigência dos projetos de estabelecimento; * Criação das Agências Regionais de Hospitalização * Criação do plano “Hospital 2007”, com a mudança do sistema de financiamento para a Tarificação por Atividade e a organização dos hospitais em pólos de atividade.

Fonte: Elaboração própria a partir de Couanau, 2003; De Kervasdoué, 2004; Bonafin; Renault-Tesson, 2004.

As mudanças passaram a exigir um controle de custos mais acurado por parte dos hospitais, o que levou à exigência, na reforma de 1983, de que todos os hospitais definissem

“centros de responsabilidade”, como unidades de custo, os quais deveriam ser administrados de forma a integrar aspectos médicos e administrativos. Esse mesmo período é marcado pela introdução do Programa de Medicalização dos Sistemas de Informação (PMSI), que, baseado em grupos homogêneos de tratamentos, permitiria a categorização das hospitalizações e a mensuração da atividade dos hospitais (DE KERVASDOUÉ, 2004; BONAFINI; RENAULT-TESSON, 2004).

Em 1991 teria início um conjunto de reformas caracterizadas pela ênfase em relação à gestão interna dos hospitais, num movimento de impulso à autonomia administrativa, mas que, ao mesmo tempo, alterou profundamente os termos em que se desenvolvem as atividades de regulação. A lei hospitalar de 1991 cria um novo estatuto para os hospitais, que deixam de ser considerados estabelecimentos administrativos e passam a ser estabelecimentos de saúde (DOMIN, 2003), como parte do objetivo de lhes conceder maior autonomia gerencial.

A essa mudança se soma a exigência de que todo hospital apresente um **projeto de estabelecimento**, o qual deve constituir uma expressão do seu planejamento estratégico (BONAFINI; RENAULT-TESSON, 2004). Do ponto de vista da regulação do sistema, a nova lei hospitalar procura avançar em termos de equidade do acesso aos serviços hospitalares introduzindo os Esquemas Regionais de Organização Sanitária (em francês, Schémas Régionaux d’Organisation Sanitaire, de onde a sigla, SROS, habitualmente referida nos documentos oficiais). O SROS se soma à carta sanitária no intuito de “... reforçar uma vontade de adaptação tanto quantitativa como qualitativa da oferta de assistência através de um esquema diretor de capacidades, instalações, atividades e equipamentos em materiais pesados dos estabelecimentos de saúde públicos e privados” (BONAFINI; RENAULT-TESSON, 2004, p.3, tradução nossa).

O planejamento regional teve sua importância ampliada a partir da criação das Agências Regionais de Hospitalização (ARH), no bojo das chamadas “ordonnances Juppé”, de 1996. Essas agências passaram a estabelecer a coordenação da oferta regional dos serviços hospitalares, tanto público como privados. As agências têm um papel decisivo no estímulo às parcerias entre estabelecimentos de naturezas diferentes, promovendo a racionalização e o partilhamento de estruturas e equipamentos. Conforme aponta DOMIN (2003), quatro fórmulas de cooperação e parceria são adotadas: a comunidade de estabelecimentos, o grupo de cooperação sanitária, a fusão e a transferência de competências. Além disso, as agências também estimulam alternativas à hospitalização, como as **redes de saúde**. Os hospitais passam a ter a necessidade de ver o projeto de estabelecimento aprovado pela ARH, a partir do qual é celebrado um **contrato de objetivos e meios**, que estabelecerá o orçamento

destinado ao estabelecimento. Ainda que limitadas pelos recursos do Seguro Social, bem como pela distribuição regional feita pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Direção de Hospitalização e de Oferta de Assistência (DHOS, Direction d l'Hospitalisation et de l'Offre des Soins), “as ARH possuíam todo o poder na atribuição dos orçamentos, mesmo que sua margem de manobra restasse na prática limitada” (DE KERVASDOUÉ, 2004, p.81, tradução nossa). Essa situação só tende a se modificar a partir da generalização do novo modelo de financiamento em implementação, a Tarificação por Atividade (Tarification à l'Activité, T2A)⁶³.

Esta evolução dos arranjos institucionais que regulam os hospitais públicos demonstra uma passagem de uma perspectiva de controle externo a uma combinação de controle interno com controle externo. O papel das ARH tem sido apontado como uma característica desse processo, ao mesmo tempo descentralizador e indutor de uma nova postura gerencial por parte dos hospitais, mas portador de uma política de controle reforçada dos gastos sociais por parte do governo, no qual as agências têm sido uma forma de correia de transmissão da autoridade central (DOMIN, 2003).

Hospitais privados

A participação privada na rede hospitalar é uma característica herdada dos primórdios da história hospitalar francesa que persiste em sua configuração atual (DE KERVASDOUÉ, 2004). Do total de estabelecimentos privados, podemos identificar três subgrupos. Um primeiro contingente, formado por 573 estabelecimentos, reúne entidades privadas sem fins lucrativos que, nessa condição, estabeleceram uma convenção e são consideradas participantes do sistema público hospitalar (PSPH). O status de PSPH faz com que o estabelecimento seja financiado sob as mesmas modalidades dos hospitais públicos, ou seja, mediante uma dotação global. Outros 318 estabelecimentos sem fins lucrativos não possuem a referida convenção. Por fim, os estabelecimentos privados com fins lucrativos chegam ao montante de 1.151. Até as recentes modificações na lei hospitalar, no bojo do plano “Hospital 2007”, os hospitais privados eram remunerados com base no preço da diária de hospitalização e de alguns pacotes de serviços predefinidos, os quais teriam como limite de repasse o chamado Objetivo Quantitativo Nacional (OQN), definido anualmente pelo parlamento.

⁶³ A Tarificação por Atividade (T2A) está sendo introduzida de forma progressiva. Nos hospitais públicos, ela foi introduzida em janeiro de 2004, sendo, naquela data, o método utilizado para o cálculo de 10% do financiamento das atividades em Clínica Médica, Cirurgia e Obstetrícia. Esse percentual passou a 25% em 2005

Claveranne, Pascal e Piovesan (2004) destacam que os hospitais privados, as “cliniques privées”⁶⁴, são pouco investigados, sobretudo se considerada a crescente importância que eles vêm adquirindo na composição da oferta⁶⁵. Os autores demonstram que, de um início praticamente “artesanal”, quando pequenas clínicas privadas surgiram com base na especialidade de um determinado profissional, essas clínicas evoluíram para a constituição de verdadeiras cadeias hospitalares, envolvendo, inclusive, grupos estrangeiros, alguns oriundos do setor de saúde, outros atuando como investidores (quadro 5).

Quadro 5 – As configurações-tipo das clínicas privadas

Configuração-tipo	Propriedade	Características
Clínica artesanal	Empreendedor individual	Fundada por um cirurgião, especializado no segmento de atividade.
	Clínica familiar	Retomada pelo filho de um cirurgião, ou por sua família ou por um descendente adotado (um seguidor acadêmico-profissional do fundador da clínica).
Clínica médica	Sociedade simples de médicos	O corpo médico partilha as instalações e os equipamentos. Há uma construção dedicada, com arquitetura específica.
	Sociedade complexa de médicos	A clínica se estrutura em diferentes sociedades. A clínica possui diversos acionistas, o que dispersa a propriedade: há conflitos de lógicas patrimoniais.
Clínica em cadeia	Cadeias de clínicas ou grupos especializados	A propriedade acionária se diversifica (muitas vezes se dispersa): a clínica é assumida por grupos especializados em serviços de saúde.
	Investidores financeiros	Investidores financeiros, estranhos ao mundo da saúde, assumem o capital da clínica, totalmente ou em parte.

Fonte: Adaptado de Claveranne; Pascal; Piovesan, 2004, p.329.

e 35% em 2006. Para os hospitais privados (cliniques privées), o sistema foi introduzido integralmente, nas mesmas especialidades mencionadas, a partir de março de 2005 (LE RHUN et al, 2006).

⁶⁴ Na França, o termo “clínica” designa os hospitais privados. Diferentemente do Brasil, ou dos países anglo-saxões, como destaca De Kervasdoué (2004), onde o termo está associado aos consultórios mantidos pelos médicos em sua atividade liberal. O crescimento do porte das clínicas francesas tem também motivado que muitas delas venham se intitulando “hospitais privados”.

⁶⁵ Segundo Le Rhun e Legendre (2006), os hospitais privados respondem por um terço das internações em hospitalização completa em 2003 e 2004 e por um quarto dos atendimentos em hospitalização parcial.

A evolução da clínicas privadas é caracterizada pela presença crescente de grandes grupos, como o Général de Santé, que possui operações em diversos países e que é proprietário de 154 estabelecimentos na França, e o Clininvest-Capio, grupo sueco detentor de 21 estabelecimentos, os quais têm provocado fusões e aquisições no mercado, num processo que Tanti-Hardouin (2004) associam à competição schumpeteriana (SCHUMPETER, 1911; NELSON, 1996; POSSAS, 2006).

Quadro 6 – Faturamento, efetivo e número médio de leitos, segundo categoria dos hospitais privados franceses em 2004

Especialidades de hospitalização	Categoria	Faturamento em 2004 (em Euros)	Efetivo (nº de funcionários)	Número médio de leitos ⁶⁶
Clínica médica, cirurgia e obstetrícia (MCO)	Policlínicas ⁶⁷	Inferior a 6 milhões	34	60
		Entre 6 e 12 milhões	111	95
		Superior a 12 milhões	165	200
		Conjunto	310	148
	Cirurgia	Inferior a 6 milhões	65	48
		Entre 6 e 12 milhões	62	87
		Superior a 12 milhões	10	134
		Conjunto	137	72
	Clínica médica	Inferior a 6 milhões	6	36
		Entre 6 e 12 milhões	12	96
		Conjunto	32	68
	Obstetrícia	Inferior a 6 milhões	6	36
		Entre 6 e 12 milhões	3	79
		Conjunto	9	50
	Total MCO	Inferior a 6 milhões	125	52
		Entre 6 e 12 milhões	185	93
Superior a 12 milhões		178	196	
Conjunto		488	120	
Outros setores (Exceto MCO)	Assistência de acompanhamento e readaptação	Inferior a 6 milhões	142	66
		Entre 6 e 12 milhões	29	118
		Superior a 12 milhões	4	219
		Conjunto	175	78
	Psiquiatria	Inferior a 6 milhões	96	66
		Entre 6 e 12 milhões	21	145
		Conjunto	117	82
	Diálises diversas	Conjunto	54	39
	Total exceto MCO	Inferior a 6 milhões	285	64
		Entre 6 e 12 milhões	54	125
		Superior a 12 milhões	7	153
		Conjunto	346	76

Fonte: Adaptado de Le Rhun e Legendre (2006).

⁶⁶ Esse indicador reúne o número de leitos destinados a hospitalizações parcial e total. Há uma diferença em relação à média global de 80 leitos, mencionada anteriormente (BONNICI, 2004), por duas razões. Primeiro, por considerarmos no quadro o somatório de leitos para hospitalização (parcial e total); segundo, porque os dados de Le Rhun e Legendre (2006) estão baseados numa amostra de 834 clínicas e não no total dos estabelecimentos.

⁶⁷ Por policlínicas são compreendidas as clínicas privadas que atuam em pelo menos duas especialidades médicas de hospitalização diferentes (LE RHUN; LEGENDRE, 2006). Por exemplo, clínica médica e cirurgia, ou cirurgia e obstetrícia.

A análise dos resultados econômico-financeiros dos hospitais privados nos permite identificar algumas relações decorrentes desse processo (quadro 6). Pode-se observar um aumento do faturamento das clínicas à medida que elas apresentam um número maior de leitos. Como apontam Le Rhun e Legendre (2006),

... em 2004, todos os setores confundidos, são as 'grandes clínicas' (aquelas onde o faturamento é superior a 12 milhões de euros) que vêm seu faturamento progredir mais, a saber, mais de 9,3% entre 2003 e 2004, após um aumento de 9,9% entre 2002 e 2003. O das 'clínicas médicas' (aquelas cujo faturamento está entre 6 milhões e 12 milhões de euros) e das 'pequenas clínicas' (aquelas cujo faturamento é inferior a 6 milhões de euros) cresceu igualmente, mas de uma maneira menos sustentada, com, respectivamente, 5,7% e 5,6%. (LE RHUN; LEGENDRE, 2006, p.3, tradução nossa).

Esta tendência de concentração dos hospitais privados está relacionada com as escalas de atividade demandadas pela tecnologia médica, mas, principalmente, pela atuação das ARH no sentido de racionalizar a oferta de assistência médica hospitalar nas regiões, estimulando formas de cooperação entre estabelecimentos, tanto públicos como privados. Na prática, as ARH atuam limitando a autorização de novos serviços ou a aquisição de novos equipamentos, segundo os dados epidemiológicos e de utilização da rede hospitalar em cada região. Esse movimento, juntamente com a redução das hospitalizações a tempo completo e o aumento das atividades ambulatoriais, tem provocado a concentração das atividades em estabelecimentos de maior porte, de onde a tendência de fusões e aquisições mencionada.

O perfil do sistema hospitalar: especialização setorial e crescimento da hospitalização parcial

Um exame da atividade hospitalar recente nos permite apresentar um panorama da oferta dos serviços hospitalares franceses, sobretudo ao contrastarmos a diversidade jurídica, e de modelo de financiamento, dos estabelecimentos com os serviços efetivamente praticados. De um modo geral, a atividade hospitalar, mensurada em número de internações, progrediu 1,6% em 2004 (CARRASCO et al, 2005). Este aumento de atividade se segue ao de 2003, de 0,6% (AUDRIC et al, 2005), e à redução de atividade de 0,3% constatada em 2002, a qual, por sua vez, demonstrava uma tendência à estabilização depois de um crescimento muito pequeno em 2001, da ordem de 0,2% (BUISSON et al, 2003), e de um crescimento moderado de, em média, 1,26% verificado entre 1998 e 2000 (BUISSON; CARRASCO; COLDEFY, 2004). Trata-se de uma retomada importante, sobretudo em função de dois aspectos que a caracterizam: o aumento da atividade em todos os tipos de hospitais e o fato de a hospitalização parcial ter superado, pela primeira vez, a hospitalização completa.

Os hospitais experimentaram um aumento de atividade em todos os setores. Ou seja, “contrariamente aos dois anos precedentes, o crescimento da atividade hospitalar em 2004 foi observado simultaneamente pelos três setores, hospitais públicos (+1,7%), estabelecimentos privados sob dotação global (+2,2%) e clínicas privadas (+1,3%) (Carrasco et al, 2005, p.2)”. Se observadas essas taxas segundo especialidade médica e tipo de hospitalização, verifica-se que o crescimento, para os hospitais públicos, se deu em todas as atividades, ao passo que no setor privado se destacou a atividade de psiquiatria⁶⁸. Esse crescimento não alterou, segundo os analistas, a especialização setorial que o sistema apresenta⁶⁹. Em suas palavras,

Estas evoluções não colocam em questão a especialização das atividades por setor que resta bastante diferenciada: os cuidados de curta duração em hospitalização completa são essencialmente repartidos entre os hospitais públicos e as clínicas privadas, estas últimas assegurando maior parte das estadas em tempo parcial. Os estabelecimentos sob dotação global, sobretudo aqueles do setor público, asseguram a maior parte das internações psiquiátricas, notadamente em tempo parcial. Cada setor assegura uma parte equivalente dos cuidados de acompanhamento e readaptação em hospitalização a tempo completo, enquanto os estabelecimentos privados sob dotação global realizam uma grande parte dos cuidados de acompanhamento e readaptação a tempo parcial. Enfim, os cuidados de longa duração restam essencialmente sob responsabilidade dos estabelecimentos públicos (CARRASCO et al, 2005, p.2, tradução nossa).

Este aumento de atividade considerando as especialidades de assistência não demonstra, portanto, uma mudança no perfil histórico do sistema hospitalar. Entretanto, quando a análise se debruça sobre o modo de hospitalização, os dados de 2004 demonstram um ponto de inflexão importante: pela primeira vez, a hospitalização parcial superou a hospitalização completa. De um total de 23 milhões de internações, 11,8 milhões se deram em tempo parcial, ou seja, são estadas no hospital de menos de um dia. O crescimento da hospitalização parcial foi o grande responsável pelo aumento global da atividade hospitalar. Se o conjunto das atividades cresceu 1,6%, a hospitalização completa experimentou uma redução de 1,0%, ao passo que a hospitalização parcial cresceu 4,3%, acompanhada por uma

⁶⁸ As análises das atividades dos estabelecimentos de saúde em hospitalização completa e parcial, publicadas pela Diretoria de Pesquisa, de Estudos, de Avaliação e de Estatísticas (DREES), do Ministério da Saúde francês, não considera, nesses levantamentos, atendimentos em urgência, consultas, diagnósticos por imagem ou análises clínicas, os quais integram as atividades dos hospitais. A metodologia utilizada nesses estudos, baseada no conceito de internação (ou estada, numa tradução literal do termo francês “séjour”), só leva em conta os procedimentos que envolve uma hospitalização completa (internação por período superior a 24 horas) ou parcial (internação por período inferior a 24 horas)

⁶⁹ No que diz respeito às atividades dos hospitais, as disciplinas médicas são agrupadas em quatro categorias: clínica médica, cirurgia e obstetria compõem um primeiro grupo (MCO – Médecine, Chirurgie, Obstétrique), a psiquiatria constitui um grupo isoladamente, outro grupo é composto pelas chamadas atividades de assistência de

redução 1,1% dos leitos disponíveis para hospitalização completa, e os lugares para atendimento em hospitalização parcial foram ampliados em 2,5% (CARRASCO et al, 2005).

Em síntese, podemos observar uma evolução do sistema hospitalar francês, considerados os dados de internação, que preserva uma divisão setorial entre os diferentes tipos de estabelecimentos, ao passo que apresenta uma tendência global: a hospitalização parcial, caracterizada pela internação inferior a 24 horas, vem se tornando a responsável pelo crescimento das atividades. Esse movimento só não ocorre na assistência de acompanhamento, na qual a hospitalização completa representa 80% das internações (CARRASCO et al, 2005). A atividade de internação, propriamente dita, que marca a própria história do serviço hospitalar, começa a perder espaço e apontar a emergência de um novo modelo de oferta de serviços por parte dos hospitais.

O plano “Hospital 2007”

A partir de 2004, o sistema hospitalar francês experimenta uma nova etapa no que diz respeito ao seu modo de financiamento e práticas de gestão⁷⁰. O plano “Hospital 2007” envolve um conjunto de investimentos para renovação do parque hospitalar, o qual também supõe novos arranjos institucionais, com parcerias entre o setor público e o setor privado, os quais pretendem gerar formas inovadoras de cooperação para a implementação desses investimentos (TANGUY, 2002). Além disso, no que diz respeito aos hospitais públicos, o plano propõe uma maior responsabilização dos atores e uma nova forma de organização interna, baseada em pólos de atividade (CAILLET; CRIÉ, 2004), os quais devem agrupar os diferentes serviços e aproximar as atividades médicas das atividades administrativas, procurando superar os limites da chamada burocracia profissional (MINTZBERG, 1982). Para tanto, os pólos de atividade atuam com base em contratos com a direção do hospital, o qual define os objetivos e os meios e confere autonomia administrativa aos pólos definidos, a exemplo dos contratos firmados pelos hospitais com a ARH, no quadro da dotação global, pelo que os pólos de atividade fazem parte de um esforço destinado a desenvolver o que se convencionou chamar de “contratualização interna” (CAILLET; CRIÉ, 2004).

acompanhamento e readaptação (SSR – Soins de Suite et Réadaptation) e, por fim, as atividades de assistência de longo prazo (SLD – Soins de Longue Durée).

⁷⁰ Parte dessas medidas foi abordada na análise dos hospitais públicos. No entanto, as mudanças do Plano Hospital 2007 transcendem o setor público, razão pela qual dedicamos este tópico específico.

Porém, a principal inovação entre as medidas adotadas é a de harmonização do sistema de financiamento das atividades hospitalares, que, por sua vez, passa a ser um sistema híbrido, com parte vinculada à atividade efetivamente desenvolvida pelos hospitais (tarificação por atividade) e outra parte vinculada às “missões de interesse geral e de ajuda à contratualização” (MIGAC), a qual deve financiar atividades de ensino e pesquisa. Até 2004, hospitais públicos e hospitais privados participantes do serviço público eram remunerados pela dotação global. Com base nas atividades do ano anterior, na evolução média dos preços dos insumos e dos equipamentos médicos e no projeto apresentado pelo estabelecimento, as Agências Regionais de Hospitalização aprovavam os recursos anuais com os quais o estabelecimento poderia contar para prestar seus serviços. A dotação global não possui um vínculo direto com a atividade, atua como um orçamento limitativo (EXPERT, 2004). O hospital tem os recursos definidos e eles não se alteram, ou se alteram muito pouco, se há mudanças na atividade, o que pode causar um desestímulo, em muitos casos, tanto para o aumento desta quanto para a introdução de novas atividades. Mesmo no caso dos hospitais privados, financiados segundo o Objetivo Quantitativo Nacional, a negociação com as ARH não possuía um vínculo direto com a produção de serviços.

A introdução da “tarificação por atividade” (T2A) modifica completamente o quadro, alternando a lógica de atuação dos hospitais. Com base em preços definidos segundo grupamentos homogêneos de estada (ou internação), baseados em classificações oriundas do Programa de Medicalização dos Sistemas de Informação (PMSI), o orçamento do hospital passa a ser definido pelas atividades desempenhadas. A T2A substitui uma lógica de disponibilização de meios, que orientava o sistema anterior, por uma lógica de resultados, em que, para financiar mais atividades, ou novas atividades (e isso inclui, portanto, inovações), o hospital precisa gerar receitas (BONAFINI; RENAULT-TESSON, 2004). A T2A vem sendo implementada paulatinamente. Inicialmente, atinge a totalidade do setor de clínica médica, cirurgia e obstetrícia dos hospitais privados com fins lucrativos (as clínicas privadas), ao passo que, no setor público hospitalar, em hospitais públicos e hospitais privados sob dotação global, a tarificação, mesmo nessas atividades, está sendo implementada progressivamente. Estima-se que a mudança total do sistema tarifário levará oito anos (DE KERVASDOUÉ, 2004). Essa nova realidade tem gerado uma grande demanda pela melhoria da gestão e pode ter, como examinaremos, importantes conseqüências sobre o leque de serviços ofertado pelo hospital. Alguns riscos também já são apontados:

Tendo em conta os mecanismos tarifários colocados em prática, é claro que existem riscos de redução da qualidade das prestações fornecidas (visando

reduzir as despesas ao mínimo) ou de seleção da atividade (visando maximizar a receita). Neste quadro, a dificuldade consistirá provavelmente em equilibrar as restrições antagonistas de um controle externo necessário e de uma gestão interna enfim flexível e incitativa (BONAFINI; RENAULT-TESSON, 2004, p.8, tradução nossa).

Redução da qualidade e seleção da atividade são possibilidades que, efetivadas, podem comprometer a equidade do sistema. Nesse ponto, o papel das ARH se torna ainda mais premente na garantia de que o planejamento regional seja cumprido. Além disso, iniciativas como as redes de saúde, que experimentam formas de assistência alternativas à hospitalização, e, de forma geral, a integração do hospital aos demais serviços de saúde (a chamada “médecine de ville”), constituem elementos contraditórios à nova lógica de financiamento, pois, em última instância, visam reduzir as internações. Aqui o papel das ARH, que a legislação prevê sejam transformadas em Agências Regionais de Saúde, também é fundamental.

5.3 Os procedimentos de coleta e documentação de evidências

Diante da delimitação das inovações como nosso caso de estudo, a partir do qual desenvolvemos nossa análise da dinâmica dos processos de inovação, os procedimentos de coleta de evidências se voltaram à busca desses casos. Como a discussão anterior permitiu apreender, os hospitais foram nossos pontos de observação e foi, portanto, no contexto do seu funcionamento que procuramos identificar as inovações. O trabalho de identificação foi desenvolvido em dois momentos. Inicialmente, procuramos identificar os hospitais reconhecidos pela introdução de alguma inovação. Depois, no hospital, procuramos identificar os casos de inovação a serem analisados.

A etapa preliminar da coleta de evidências teve como base dados secundários e dados primários. Os dados secundários foram coletados em bases de dados disponibilizadas pelo Ministério da Saúde do governo brasileiro, sobretudo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2005b), e pelo seu equivalente francês, o Ministère de la Santé et des Solidarités, o qual franquia acesso via internet ao Fichier National des Etablissements de Sociaux et de Santé (FNESS) (FRANÇA, 2005). Essas bases de dados forneceram as informações gerais sobre os hospitais das localidades pesquisadas (Distrito Federal e Porto Alegre, no Brasil, região Nord-Pas-de-Calais, na França), como quantidade de hospitais, porte, especialidades, número de profissionais e outras. As informações sobre alterações recentes nesses dados possibilitaram um primeiro direcionamento na escolha dos

hospitais a serem investigados. A coleta de dados secundários contou, ainda, com documentos elaborados pelos ministérios dos dois países e notas à imprensa em que era registrado o surgimento de algum novo serviço ou era avaliado um serviço recentemente introduzido. Finalmente, valemo-nos de artigos em revistas e jornais de negócios e revistas acadêmicas que mencionavam ou analisavam inovações nos serviços hospitalares. Essa primeira aproximação foi decisivamente complementada por entrevistas com representantes das autoridades de saúde dos dois países e dos hospitais, o que denominamos de atores institucionais. No Brasil, foram entrevistados, no governo, representantes do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde do Governo do Distrito Federal e, por parte da representação hospitalar, foram ouvidos o presidente do Sindicato Brasiliense de Hospitais, Casas de Saúde e Clínicas (SBHDF) e um dos diretores da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Na França, foram entrevistados dois diretores da Agência Regional de Hospitalização, da região Nord-Pas-de-Calais, além de um diretor da Federação Hospitalar Francesa (FHF). Nas entrevistas, buscamos informações complementares sobre a organização do sistema de saúde num e noutro país, procuramos identificar o papel dos atores institucionais na promoção de inovações e, finalmente, solicitamos indicações de hospitais que estivessem colocando em prática serviços inovadores. As entrevistas foram semi-estruturadas com o objetivo de que o ponto de vista dos entrevistados fosse expresso da forma mais livre possível (FLICK, 2004). Dentro do espectro das entrevistas semi-estruturadas, as entrevistas com os atores institucionais cumpriram o papel de entrevistas com especialistas, como definidas por Flick (2004), ou seja, nas quais os entrevistados foram tomados menos por sua perspectiva individual, embora essa evidentemente tenha sido levada em conta, e mais por sua representatividade de um grupo. Cabe salientar que os roteiros de entrevista foram idênticos para os atores institucionais brasileiros (apêndice A) e franceses (apêndice B). Entrevistas com especialistas foram ainda realizadas com dois pesquisadores. Um deles especialista em inovação em serviços que havia realizado recentemente uma investigação sobre hospitais na região Nord-Pas-de-Calais e outro especialista em gestão estratégica de hospitais, com várias publicações nesse campo. Esse contato com especialistas foi também de grande valia para o exame dos roteiros de entrevista. Para o caso francês, foi realizada ainda uma entrevista com o diretor regional do Grupo General de Santé, o qual detém cerca de nove clínicas na região Nord-Pas-de-Calais. A entrevista foi fundamental para a compreensão do mercado hospitalar privado, suas relações com as autoridades públicas e as tendências de sua evolução. Para o caso brasileiro, as informações foram complementadas por uma pesquisa realizada anteriormente pelo autor (VARGAS, 2002), a qual havia identificado inovações em

hospitais e, assim, uma primeira aproximação com o campo de pesquisa. A mesma pesquisa pode ser considerada uma validação preliminar dos roteiros de entrevista adotados neste trabalho.

A partir da etapa preliminar de mapeamento dos hospitais onde potencialmente poderíamos encontrar inovações, deparamo-nos com uma listagem que continha hospitais e possíveis entrevistados. No caso brasileiro, chegamos a 16 hospitais a serem pesquisados⁷¹. Desses, 7 eram públicos (3 em Porto Alegre, 4 no Distrito Federal) e 9, privados (5 em Porto Alegre, 4 no Distrito Federal), dos quais 4 participantes do SUS (quadro 7). Dois hospitais públicos são reunidos, ao longo do trabalho, no grupo de hospitais universitários. O mesmo ocorre para um hospital privado.

Quadro 7 – Hospitais pesquisados no Brasil

	Hospitais públicos		Hospitais privados	
	Porto Alegre	Hospital Nossa Senhora da Conceição	HCO	Hospital Moinhos de Vento
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul		HCL	Hospitais privados participantes do SUS	
Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas		HPV	Hospital Divina Providência	HDP
			Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	HSC
			Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	HLU
			Hospital Banco de Olhos	HBO
Distrito Federal	Hospitais públicos		Hospitais privados	
	Hospital Regional da Asa Sul	HRAS	Hospital Brasília	HBR
	Hospital Regional do Gama	HRG	Hospital Anchieta	HAN
	Hospital Regional de Sobradinho	HRS	Hospital Santa Luzia	HSL
	Hospital Universitário de Brasília	HUB	Hospital Daher	HDA

⁷¹ A identificação dos hospitais, tanto brasileiros, como franceses, foi autorizada. A identificação pessoais dos entrevistados também foi autorizada, embora tenhamos preferido omiti-la sempre que alguma citação de entrevista foi realizada. Um quadro com os entrevistados e seus respectivos cargos pode ser analisado no apêndice G.

A coleta de evidências em Porto Alegre e no Distrito Federal se deu, inicialmente, pela conveniência do pesquisador. Entretanto, já nesse quadro preliminar diferenças regionais importantes foram detectadas. No Distrito Federal, o SUS não contrata serviços privados, ou seja, o atendimento pelo SUS é ofertado exclusivamente pela rede pública, toda ela de propriedade do Governo do Distrito Federal. Em Porto Alegre, o SUS se vale em muitos aspectos da rede privada. Certamente, tais características estão associadas ao processo histórico de formação da assistência hospitalar brasileira, com o predomínio da hospitalização privada, que não encontra correspondente no caso específico do Distrito Federal, planejado para, a partir de 1960, abrigar a capital do país. Assim, os 5 hospitais privados participantes do SUS listados acima encontram-se em Porto Alegre, ao passo que os hospitais privados do Distrito Federal estão inseridos tão-somente no Sistema de Saúde Suplementar. Destacamos, ainda, que a população atendida em Porto Alegre e no Distrito Federal é praticamente equivalente, assim como o efeito de atração que as duas localidades causam na atração de pacientes de outras regiões.

No caso francês, foram identificados 12 hospitais, sendo 8 públicos e 4 privados, dos quais um participante do serviço público hospitalar (quadro 8). Como podemos observar, os hospitais investigados no Brasil e na França permitiram que nosso estudo contemplasse as três categorias de hospitais definidas em cada país, resultantes da relação entre a natureza jurídica desses hospitais e a sua participação, ou não, no sistema público.

Quadro 8 – Hospitais pesquisados na França

Hospitais públicos		Hospitais privados	
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille	CHU	Clinique Lille-Sud – SOS Mains	CLS
Centre Hospitalier de Roubaix	CHR	Polyclinique Vauban	PCV
Centre Hospitalier de Tourcoing	CHT	Polyclinique du Bois	PCB
Centre Hospitalier de Valenciennes	CHV	Hospital privado participante do serviço público hospitalar	
Centre Hospitalier de Lens	CHL	Centre Hospitalier Saint-Philibert	CHSP
Centre Hospitalier de Maubeuge	CHM		
Centre Hospitalier de Arras	CHA		
Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer	CHB		

A pesquisa nos hospitais constituiu, assim, o segundo e decisivo momento do nosso processo de identificação das inovações. Adotamos como critério o reconhecimento da inovação pelo próprio hospital. Ou seja, no que diz respeito ao impacto da mudanças verificadas, preocupamo-nos com sua relevância no nível organizacional. Assim, consideramos inovação o que tenha transformado os serviços do hospital, sem que necessariamente essas mudanças tenham sido reproduzidas em outros hospitais e tenham, assim, alcançado um impacto regional, nacional ou mundial.

Tendo o hospital como referência, utilizamos um procedimento de entrevista semi-estruturada (apêndice C, para o roteiro de entrevista com os diretores brasileiros; apêndice D, para o roteiro de entrevistas com os diretores franceses) combinada com uma abordagem narrativa (FLICK, 2004; JOVCHELOVITCH; BAUER, 2005), em que solicitamos aos diretores dos hospitais que identificassem as principais inovações introduzidas em seu estabelecimento e relatassem o processo que levou a sua introdução, bem como seus principais efeitos. O uso da abordagem narrativa (BOJE, 2001; CZARNIAWSKA, 2004), combinada com a entrevista semi-estruturada, permite que a entrevista se concentre em episódios (entrevista episódica, tal como definida por FLICK, 2005), as inovações, e, assim, que a lógica do processo de inovação seja retomada a partir do relato dos entrevistados. Esses relatos foram, então, comparados com os dados secundários recolhidos, com novas entrevistas com os mesmos interlocutores e com outros dentro das organizações hospitalares.

Os resultados das entrevistas repercutiram diferentemente na continuidade da estratégia de levantamento de dados implementada em cada hospital. No caso dos hospitais brasileiros, o detalhamento das inovações introduzidas e do processo de inovação foi muitas vezes obtido a contento com o próprio diretor do hospital, enriquecida pelos dados secundários, tais como folhetos explicativos, publicações do hospital, notas à imprensa e matérias veiculadas na imprensa de forma geral, ainda que tenha requerido novos encontros ou, como em dois casos, a complementação de informações via correio eletrônico. Quando o relato se mostrava insuficiente, realizamos entrevistas diretamente com os responsáveis pela implementação dos projetos (apêndice E, para o Brasil; apêndice F, para a França), caso eles ainda estivessem atuando no hospital. Esse procedimento de busca de outros contatos no hospital, cabe salientar, se mostrou bastante mais complexo nos casos brasileiros do que nos franceses. Em muitos momentos, alegando a mudança de funcionários ou a estrutura reduzida da organização, quando o diretor acompanha diretamente os principais projetos, os diretores afirmavam serem os únicos que poderiam informar a contento sobre a inovação identificada. Noutros casos, preferiam que outros envolvidos com o processo de inovação estivessem

presentes na mesma entrevista, de forma a propiciar um relato coerente. Esse procedimento se repetiu em menor escala na França; está restrito aos hospitais privados, onde a alegação da estrutura enxuta, com pouca assessoria e reduzidos níveis hierárquicos, constituía o argumento fundamental para a que a entrevista fosse realizada apenas com o diretor do hospital. Na maior parte dos casos, entretanto, as investigações na França possibilitaram a multiplicação de entrevistas com os responsáveis diretos pela implementação das inovações identificadas, o que foi uma possibilidade bem mais restrita no Brasil. Se nos voltarmos mais uma vez ao trabalho de Robert Yin (2001), podemos ver que uma de suas recomendações para que um estratégia de pesquisa baseada no estudo de caso tenha sucesso, o uso de múltiplas fontes de evidências, foi adotada neste trabalho, seja pela combinação de fontes secundárias variadas com fontes primárias, seja pela existência de pelo menos três tipos de levantamento das informações primárias.

5.4 Os procedimentos de análise das evidências

Os procedimentos de análise se baseiam na tentativa de confrontar as evidências coletadas com o marco conceitual proposto no capítulo anterior. Para isso, desenvolvemos um procedimento de codificação temática dos casos, ao qual se seguiu a tentativa de relacionar as categorias identificadas com os pressupostos teóricos desenvolvidos. Segundo Flick (2004), a codificação temática é especialmente recomendada para estudos em que haja comparação entre grupos definidos *a priori*, a partir dos propósitos da pesquisa. Isto é, em casos nos quais, em suas palavras, “o assunto da pesquisa é a distribuição social de perspectivas sobre um fenômeno ou processo. A suposição que subjaz é a de que, em mundos ou grupos sociais diferentes, podem ser encontradas visões distintas” (FLICK, 2004, p.197).

Estes procedimentos de codificação tomaram como base as entrevistas episódicas (FLICK, 2004) realizadas em cada hospital, às quais se somaram as informações coletadas em outras fontes de evidências. As entrevistas, num total de aproximadamente 60 (sessenta) horas de gravação, foram transcritas procurando estabelecer a narrativa de cada caso de inovação identificado. Em seguida, a codificação temática foi realizada com base nos conceitos desenvolvidos em nossa revisão teórica e aplicados ao caso dos serviços hospitalares. A codificação teve início a partir de uma primeira classificação dos hospitais de acordo com seu papel no sistema de saúde considerado. Sendo assim, os hospitais foram previamente classificados em públicos e privados. Nos hospitais brasileiros, houve ainda a separação dos hospitais privados entre os que participam ou não do SUS, ao passo que nos hospitais

franceses identificou-se, entre os hospitais privados, aquele participante do serviço público hospitalar. Tanto para os hospitais franceses como nos hospitais brasileiros, houve uma observação específica para aqueles que exercem atividades de ensino e pesquisa. Dessa forma, chegamos aos três grupos de hospitais identificados em cada país.

Cada inovação identificada foi submetida a três tipos de consideração. Primeiro, foram identificadas, com base no procedimento de decomposição funcional (GALLOUJ, 1999; 2002), quais **operações de serviço** foram mobilizadas para modificar o serviço proposto. Para tanto, os serviços elementares envolvidos foram analisados segundo o esquema de análise do produto e da inovação em serviços hospitalares apresentado no capítulo 4 (quadro 3). Assim, se a inovação correspondia à introdução de um novo equipamento, por exemplo, ela era associada à mobilização de uma operação material. Se a inovação foi caracterizada pela introdução de um novo sistema de informação, identificamos o uso de uma operação de serviço informacional. A adoção de procedimentos padronizados, resultantes de um método específico, de gestão ou clínico, por exemplo, levou à identificação de operações metodológicas, ao passo que inovações baseadas em novas formas de relacionamento com os clientes/usuários, ou mesmo com o corpo clínico, foram identificadas como operações relacionais. Quando mais de uma operação de serviço foi mobilizada no processo de inovação, a descrição deste procurou destacar o papel de cada operação de serviço na configuração do caso.

Em seguida, com base nas **lógicas de inovação** definidas por Djellal et al (2004), cada inovação foi associada a uma dessas lógicas, como forma de identificarmos, em seu conjunto, a trajetória de inovação percorrida pelos hospitais. Se a inovação correspondia à introdução de um novo serviço, era identificada como de lógica extensiva. Inovações que resultavam em mudanças nas operações de serviço, sem que houvesse a introdução de um novo serviço, foram identificadas como de lógica intensiva. As inovações que resultaram na redução de serviços, como em processos de terceirização, por exemplo, foram associadas à lógica regressiva. Finalmente, quando a inovação resultava da combinação dessas lógicas, identificamos a presença da lógica de inovação combinatória. As lógicas de inovação permitem analisar as trajetórias seguidas em cada grupo de hospitais e se constituíram no elemento central de nossa comparação entre os diferentes grupos identificados.

O terceiro tipo de codificação procurou identificar os **atores** do processo de inovação, bem como os objetivos, ou **determinantes**, desses processos. A partir dessas informações, foram identificados os **pólos** da RTE, tal qual definidos no capítulo 4, diretamente associados às inovações identificadas.

Uma nova rodada de análise foi desenvolvida, procurando estabelecer uma análise comparativa entre os grupos de hospitais definidos. Essa análise seguiu os três níveis previstos em nossa estratégia de comparação. Primeiro, uma comparação entre os casos verificados em cada grupo de hospitais. Segundo, a comparação entre a evolução dos diferentes grupos definidos. Finalmente, a comparação entre o Brasil e a França.

6 AS INOVAÇÕES NOS SERVIÇOS HOSPITALARES NO BRASIL E NA FRANÇA

Neste capítulo, apresentamos e analisamos os casos de inovação identificados nos hospitais brasileiros e franceses. Mais do que os casos em si, nosso enfoque é o de procurar, a partir da aplicação do conceito de rede tecno-econômica aos serviços hospitalares, analisar as lógicas de inovação desenvolvidas segundo os grupos de hospitais considerados. Com base nesse exercício, bem como na compreensão dos determinantes, dos atores, das formas e das finalidades dessas inovações, esperamos construir uma análise que descreva o movimento de evolução desses serviços. Para cumprir os objetivos, o capítulo está organizado em três seções. As duas primeiras apresentam os casos estudados nos hospitais brasileiros e nos hospitais franceses. Para cada grupo de hospitais, são apresentadas as operações de serviço mobilizadas nos processos de inovação, a partir da análise da decomposição funcional dos serviços envolvidos. Em seguida, foi desenvolvida uma análise da dinâmica da inovação nos serviços hospitalares em cada país, analisando as lógicas de inovação preponderantes e os principais atores e determinantes das inovações nos diferentes grupos de hospitais definidos. Essa análise parte do pressuposto de que, a partir das operações de serviço mobilizadas nos casos de inovação identificados, podemos compreender a dinâmica da rede tecno-econômica. A terceira seção apresenta um comparativo entre as dinâmicas verificadas nos dois países e conclui nossa apreciação sobre a lógica de evolução dos serviços hospitalares examinados.

6.1 Inovação nos serviços hospitalares no Brasil

Nossa apresentação das inovações nos serviços hospitalares brasileiros segue a classificação dos hospitais apresentada no método de pesquisa, a qual considera o tipo de propriedade do hospital, se pública ou privada, e a participação na rede de assistência do Sistema Único de Saúde como critérios fundamentais, seguidos, também, pela dedicação do estabelecimento às atividades de ensino e pesquisa. Como procuramos justificar no referido capítulo, tal classificação se baseia no pressuposto que essas características interferem diferentemente nas lógicas de inovação desenvolvidas. Nesse sentido, acrescentamos uma quarta categoria, na qual a característica de hospital universitário foi ressaltada. Resultaram em nossa análise os seguintes grupos: hospitais públicos, hospitais privados, hospitais privados engajados ao SUS e hospitais universitários. Algumas diferenças regionais são também ponderadas, principalmente pelo fato de não haver hospitais privados conveniados ao

SUS no Distrito Federal, embora elas não tenham gerado uma categoria diferenciada. Os hospitais de Porto Alegre e do Distrito Federal foram analisados conjuntamente nos referidos grupos. As quatro categorias resultantes dessa classificação são discutidas individualmente, ao passo que na seção 6.3 procuramos retomar a visão de conjunto como forma de subsidiar a análise comparativa.

6.1.1 Hospitais públicos

A análise das inovações nos hospitais públicos brasileiros reúne cinco estabelecimentos. Neste ponto, não consideramos os hospitais públicos universitários, que serão objeto de análise específica. Os hospitais públicos analisados são Hospital Nossa Senhora da Conceição (HCO) e Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HPV), de Porto Alegre, e os hospitais regionais de Sobradinho (HSR) e do Gama (HRG), além do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), no Distrito Federal. Esses hospitais são administrados por esferas de governo distintas. O HCO pertence à rede do governo federal, o HPV é administrado pela Prefeitura de Porto Alegre e os hospitais do Distrito Federal integram a rede própria da respectiva Secretaria da Saúde. Essas diferenças, no entanto, não alteram as condições de atuação dos mesmos.

A identificação das operações de serviço mobilizadas com maior frequência nos processos de inovação relatados indica, no caso dos hospitais públicos brasileiros, o predomínio de ações que tiveram como suporte a implementação de novos métodos, ou aplicação de conhecimento formal, em termos gerais, e aspectos da relação direta com os usuários dos serviços. As operações que tinham como suporte a logística de bens materiais, como, por exemplo, a compra de equipamentos ou a construção de novas áreas de atendimento, e as operações de tratamento de informações codificadas foram apontadas em poucos casos.

Esse perfil pode ser observado, por exemplo, na introdução de novos métodos de gestão da área assistencial. Esse tipo de atividade foi referenciado, de alguma forma, por todos os hospitais públicos, como no caso da adoção das chamadas “linhas de cuidado”. Trata-se de uma reorganização das áreas assistenciais segundo uma modalidade de atendimento-tipo, num procedimento similar ao de uma organização por produtos. Esse procedimento foi observado, por exemplo, no Hospital Nossa Senhora da Conceição (quadro 7) e no Hospital Presidente Vargas, em Porto Alegre, com a criação de linhas de atenção materno-infantil. A reorganização desse atendimento envolve tão-somente um arranjo

diferenciado dos profissionais e recursos do hospital, os quais passam a ser agrupados administrativamente segundo o serviço final prestado. O resultado imediato do procedimento é a aproximação de áreas como a ginecologia, a obstetrícia e a pediatria numa mesma linha de cuidado. A introdução dessas linhas envolve novos procedimentos de gestão, sobretudo para integrar as equipes e disponibilizar os recursos. Em geral, o serviço final também é alterado, pois os usuários do serviço percebem a integração dos cuidados, que envolvem, assim, a mesma “linha” desde os exames da futura mãe até o acompanhamento do recém-nascido. Em Brasília, procedimentos similares foram observados no novo programa obstétrico do Hospital Regional da Asa Sul, considerado referência da rede pública do Distrito Federal na área de maternidade.

Quadro 9 – Introdução da linha de atenção “Mamãe-Bebê” no Hospital Conceição

Procurando integrar os serviços médicos e de enfermagem que atuavam separadamente nos cuidados de gestantes e recém-nascidos, o hospital introduziu a linha de atenção “Mamãe-Bebê”.

Linha de atenção “Mamãe-Bebê” no Hospital Conceição						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia	▶			▶	▶	▶
Serviço de Pediatria	▶			▶	▶	▶

Esse procedimento decorreu de uma diretriz de gestão (K), a qual procura agrupar os serviços do hospital segundo um grupo de serviços comuns, possibilitando que os pacientes tenham um cuidado integral, e não segmentado segundo especialidade médica. A direção do hospital aponta na satisfação dos usuários com o melhor relacionamento com os profissionais do hospital (R) o resultado mais importante da medida.

Mudanças nos sistemas de gestão desses hospitais em áreas não diretamente envolvidas com a assistência médica também constituem exemplos da introdução de novos métodos, ou conhecimento codificado, no hospital. No caso do Hospital Conceição, a criação de representações por serviço e por setor, constituindo diferentes níveis de participação, fazem parte do que o hospital chama de um processo de “democratização da gestão”.

Outro exemplo da predominância das operações metodológicas e relacionais nas inovações encontradas é a introdução dos chamados serviços de atendimento domiciliar. Os hospitais públicos têm procurado desenvolver esses serviços como forma de prestar uma

assistência diferenciada à população que reside no entorno do hospital, ao mesmo tempo em que, com isso, pode evitar hospitalizações desnecessárias nesses estabelecimentos, que, via de regra, trabalham no limite da sua capacidade. Dentre as diversas experiências nesse sentido, destacamos a criação do NAMID (Núcleo de Assistência Médica e Internação Domiciliar), do Hospital Regional de Sobradinho (HRS), no Distrito Federal. O serviço de assistência domiciliar tem possibilitado a redução das internações por doenças crônicas ou daqueles pacientes que passam longo tempo em processos de recuperação. O serviço começou em 1992, a partir de um grupo de enfermeiros que espontaneamente se dispôs a acompanhar a recuperação de um paciente crônico em sua residência, a fim de desocupar o leito hospitalar para um paciente com problema agudo no coração. O serviço depois foi oficializado e hoje conta com uma equipe de 19 pessoas que desenvolveu uma abordagem diferenciada para a assistência domiciliar e que envolve médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas e os motoristas da unidade móvel que percorre a região. A identificação dos pacientes a serem atendidos pelo serviço domiciliar ocorre de duas formas. A primeira se dá pela indicação dos demais serviços do hospital, logo que um determinado paciente deixa o serviço de internação, mas requer cuidados de longa duração ou de recuperação. A segunda se dá por indicações da própria comunidade, em que a direção do hospital destaca o papel de conselhos comunitários e de grupos religiosos que atuam para identificar pessoas com o perfil do serviço e indicá-las ao hospital. Seja qual for a “porta de entrada” do usuário no serviço, uma pessoa da família do paciente, ou contratada por esta, é treinada para identificar algum momento de crise no quadro clínico que demande a presença da equipe do serviço ou até mesmo uma internação no hospital. Os “cuidadores”, como são chamados, passam a cumprir um papel fundamental, portanto, na relação de serviço: sem eles, a forma como o serviço está estruturado teria que ser repensada. Essa influência é reconhecida pelo HRS, que procura realizar reuniões periódicas de orientação e avaliação juntamente com os “cuidadores”. Nas palavras de um dos nossos entrevistados, responsável pelo programa no hospital, podemos verificar esta atenção ao papel dos “cuidadores”:

Isso influencia, nós temos um trabalho de recrutamento de separar um bom cuidador de um mau cuidador. Nós temos reuniões e, se tem um mau cuidador, nós chegamos até a repreender, tem casos que chegamos a pedir para substituir, tem caso que falamos que a pessoa não tem condições de continuar no programa.

O serviço, pioneiro no Distrito Federal, foi a base para a criação do SAMED (Serviço de Assistência Médica Domiciliar), que está sendo implementado pela Secretaria de Saúde do

Distrito Federal em todos os nove hospitais de sua rede. A equipe de Sobradinho acompanha a implementação, por exemplo, no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) e no Hospital Regional do Gama (HRG), onde a introdução do serviço também é apontada pelos seus diretores como uma importante inovação nos serviços ofertados pelo hospital. Além disso, os responsáveis pela criação e pelo desenvolvimento do NAMID estão agora sendo convidados pelo Ministério da Saúde para a discussão de uma Política Nacional de Internação Domiciliar.

Quadro 10 – Criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar no Hospital de Sobradinho

Com o objetivo de reduzir a demanda por leitos hospitalares, considerando a insuficiência de recursos para sua ampliação física e a necessidade de uma maior integração do hospital à rede de saúde disponível para a comunidade de Sobradinho (R), o Hospital Regional de Sobradinho, que conta com 240 leitos, criou o Núcleo de Assistência Médica e Internação Domiciliar (NAMID) no ano de 1992.

Criação do NAMID – Hospital Regional de Sobradinho						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviço de Assistência Médica	▶			▶	▶	▶

A partir do envolvimento voluntário de uma equipe de enfermeiros, o serviço conta hoje com uma equipe multidisciplinar que se tornou referência para a extensão do modelo (K) a todos os hospitais do Distrito Federal.

Assim como o NAMID (ou SAMED, na nomenclatura que ora se afirma no Distrito Federal), a introdução de outros serviços que resultam numa maior integração dos hospitais com a rede de assistência à saúde pode ser observada. No HRG, podemos identificar a introdução do Programa Família Saudável, cujo objetivo é prestar atendimento preventivo às famílias da cidade do Gama, de forma articulada com os centros de saúde existentes na região. O programa segue uma orientação nacional, formalizada no Programa Nacional de Saúde da Família, proposto pelo Ministério da Saúde, e teve como base a experiência do Hospital Conceição, em Porto Alegre. Esta expansão dos serviços hospitalares para “além-muros” pode ser também verificada em alguns serviços específicos. É o caso do HRG, que assumiu os serviços de atendimento prisional no presídio feminino existente no Gama.

Uma outra leva de serviços tem sido introduzida também com a ênfase nas operações metodológicas (K) e relacionais (R). Trata-se de um conjunto de iniciativas relacionadas a projetos de humanização do atendimento hospitalar. A maior parte dos entrevistados

identificou modificações nos serviços do hospital relacionadas com esta preocupação de um atendimento mais humanizado. No HRAS, por exemplo, essa preocupação gerou uma mudança organizacional, com a criação de grupos responsáveis por difundir os princípios de um atendimento humanizado em todos os serviços do hospital. No HRS, o programa de humanização tem como prioridade o atendimento de gestantes adolescente, um questão importante na região e com a qual o hospital procura se ocupar por intermédio de uma equipe multidisciplinar. Além disso, outro serviço introduzido no hospital foi o de assistência a mulheres vítimas de violência sexual. No mesmo sentido do atendimento às gestantes adolescentes, o hospital introduziu profissionais de diversas formações, capazes de ofertar um suporte a essas mulheres para além da atenção médica, o que possibilita que elas possam acessar outros serviços públicos, como nas áreas jurídica e social, os quais, sem o acolhimento do hospital, provavelmente restariam distantes para elas. No Hospital Conceição, em Porto Alegre, o programa de humanização teve início no setor de recepção dos usuários. Hoje, o programa se estende também às áreas assistenciais, sendo incorporado na concepção de novos serviços, como na remodelada emergência do hospital.

As operações metodológicas e relacionais, ainda que predominem, não esgotam as operações de serviço mobilizadas nos processos de inovação. No que diz respeito às operações informacionais, por exemplo, a introdução de uma agenda informatizada do serviço de dermatologia do Hospital Regional do Gama foi considerada uma importante agregação de valor ao serviço.

Quadro 11 – Agendamento informatizado no serviço de dermatologia do HRG

A introdução do serviço de agendamento informatizado no serviço de dermatologia do Hospital Regional do Gama proporcionou uma melhor organização e racionalidade do serviço.

Agendamento informatizado no serviço de dermatologia do HRG						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviço de dermatologia	▶			▶	▶	▶

Os principais efeitos do agendamento residem na melhoria assistencial, sobretudo no acompanhamento dos retornos programados dos pacientes, e na relação do hospital com seus usuários.

Isso porque a demanda pelo serviço é bastante expressiva e o controle tradicional da agenda dos médicos para a marcação de consultas e o acompanhamento dos pacientes atendidos gerava descontinuidades, sobreposições e fazia com que o serviço fosse um ponto de atrito constante do hospital com seus usuários. O agendamento informatizado permitiu não apenas uma maior organização e racionalidade do processo (uma demanda 15.000 pacientes em espera para consultas hoje está em 500 pacientes), mas melhorou a qualidade do relacionamento do hospital com os pacientes e, pela melhoria do acompanhamento dos retornos previstos, impactou a qualidade do próprio serviço de assistência médica ofertado.

Um caso similar já havia sido observado (VARGAS, 2002) no Hospital Presidente Vargas, em Porto Alegre, que introduziu um sistema de agendamento *on-line* de todos os serviços de consulta médica totalmente integrado com o sistema de saúde do município. Assim, em qualquer unidade do SUS em Porto Alegre, o agendamento de serviços do hospital, quando necessário, poderia ser feito eletronicamente, o que evitava o deslocamento de gestantes e de mães que tiveram seus filhos recentemente até o hospital sem a certeza do atendimento, além de possibilitar que, ao ter que se dirigir à unidade do SUS mais próxima da sua residência, o problema pudesse ser resolvido num nível de atenção básica sem necessidade de ocupar as instalações hospitalares.

As mudanças em operações materiais, articuladas ou derivadas da introdução de novos métodos e de novas operações relacionais, também pode ser verificada em muitas inovações apontadas pelos entrevistados. No caso do HRAS, por exemplo, podemos apontar como exemplos dessa combinação a criação de um núcleo de hematoterapia, a reforma de uma área do hospital para a constituição de um bloco materno-infantil, além da introdução da individualização de doses na farmácia do hospital. Este último procedimento deriva de uma operação metodológica, já que o conhecimento farmacêutico e a necessidade de garantir total segurança na aplicação das dosagens prescritas pelos médicos é que orientam a medida. Ela se concretiza numa operação sobre o medicamento, sua disposição e aplicação, um conjunto de operações materiais, portanto, mas tem efeitos diretos sobre o usuário dos serviços, logo, possui um componente relacional indissociável. No caso do HRG, podemos mencionar a inauguração de um novo pronto-socorro e a introdução de um serviço de neonatologia como principais exemplos. No HRS, por sua vez, são os novos serviços de terapia intensiva, de videolaparoscopia e de cirurgia oncológica que apresentam esta combinação de operações que passam, sim, pela aquisição de equipamentos, mas que envolvem operações metodológicas e relacionais e, muitas vezes, informacionais. No HCO, em Porto Alegre, a inauguração da nova emergência, além de envolver investimentos de construção e aquisição de equipamentos,

possui uma nova organização do processo assistencial e de atendimento que, em tudo, procura priorizar os aspectos relacionais do serviço.

6.1.2 Hospitais privados participantes do SUS

Destacamos aqui um grupo específico de hospitais que, embora de natureza privada, estão engajados no SUS, o que os coloca diretamente sobre a influência das políticas públicas estatais e do financiamento público. Esses hospitais apresentam, então, uma característica *sui generis* em seu funcionamento, pois combinam duas dinâmicas muitas vezes contraditórias: a do SUS e a do sistema de saúde suplementar. Esses hospitais são considerados filantrópicos, segundo uma certificação concedida de acordo com os parâmetros legais. Essa condição lhes permite contar com algumas isenções de tributos, mas lhes impõe a condição de que 60% do seu atendimento, no mínimo, seja feito a pacientes do SUS. Não bastasse a convivência de uma lógica de serviço público e uma lógica mercantil, as diferenças entre a remuneração do SUS e do sistema suplementar, na qual o pagamento dos serviços é feito pelas empresas operadoras de planos de saúde, geram um série de outras contradições. Os hospitais analisados nesse grupo foram o Hospital Divina Providência (HDP), o Hospital Banco de Olhos (HBO), o Hospital Mãe de Deus (HMD) e o Complexo Hospitalar Santa Casa (HSC), todos em Porto Alegre. No Distrito Federal, e esta é uma das peculiaridades de sua rede assistencial, o SUS não contrata serviços privados, se valendo da rede própria da Secretaria da Saúde.

Ao aplicarmos a decomposição funcional para identificarmos as operações de serviço mobilizadas com maior frequência nas inovações desse grupo de hospitais, os resultados apontam para um perfil diferenciado que, por sua vez, não nos permite apontar a prevalência de uma ou outra operação, como fizemos no caso dos hospitais públicos.

No Hospital Divina Providência, por exemplo, as inovações relatadas apontam para a introdução de novas especialidades, e de novos serviços, que combinam operações materiais, metodológicas e relacionais. É o caso da implementação do Centro de Terapia Intensiva (CTI) Neonatal (quadro 12). O hospital historicamente se tornou uma referência na área de maternidade. Ao longo do tempo, entretanto, não conseguiu acompanhar a evolução tecnológica na área e se viu ameaçado com a redução do número de partos e cesarianas realizados. A principal razão para esse quadro, apurada pela diretoria do hospital, apontava para a inexistência de um centro de terapia intensiva neonatal. Nos hospitais privados, ligados ou não ao SUS, como já mencionamos neste trabalho, o corpo clínico do hospital é aberto, ou

seja, os médicos atuam como profissionais liberais que exercem suas atividades cirúrgicas no hospital livremente. Para consultas clínicas, o hospital em geral possui um pequeno corpo clínico próprio ou aluga espaços para os médicos instalarem clínicas.

Quadro 12 – Implementação do Centro de Terapia Intensiva Neonatal no Hospital Divina Providência

Em função da redução do número de partos e cesarianas que vinham sendo realizados, o Hospital Divina Providência, cuja tradição sempre foi ligada à atuação como maternidade, promoveu a implementação de um Centro de Terapia Intensiva Neonatal.

Implementação do CTI Neonatal no HDP						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviço de obstetrícia	▶	▶		▶	▶	▶

Essa inovação no hospital envolveu operações materiais, como a compra de novos equipamentos e a construção de salas adequadas às exigências técnicas, mas foi consequência de um planejamento estratégico; logo, de uma operação metodológica, e visava, sobretudo, melhorar a relação do hospital com os médicos obstetras que, por sua vez, são os principais intermediários entre os hospitais e os usuários na escolha do estabelecimento, dado que um mesmo plano de saúde oferece algumas opções ao seu cliente.

O resultado desse arranjo é que o médico pode decidir com alto grau de liberdade em que hospital deseja fazer seus procedimentos cirúrgicos. Preocupado com eventuais riscos nos partos e nas cesarianas, os médicos tendem a optar pelos hospitais que oferecem serviços de tratamento intensivo e de recuperação mais avançados. Assim, mesmo que a remuneração do hospital dependa das operadoras de planos de saúde, como essas ofertam aos seus clientes algumas opções de hospitais com serviços similares, os médicos são fundamentais na captação de serviços por parte do hospital, sobretudo dos serviços mais cirúrgicos, justamente os que tendem a ser mais bem remunerados.

Ao mesmo tempo em que o hospital mobilizou essas operações para incrementar seu serviço de obstetrícia (partos e cesarianas), o HDP também procurou suprir a redução de sua ocupação na área de maternidade com a introdução de novas especialidades. Destacaram-se, nesse sentido, a cirurgia plástica, os serviços de traumatologia-ortopedia e o pronto-atendimento. Em termos de operações de serviço, esses três processos descritos como inovações para o hospital seguiram um mesmo padrão funcional. Isto é, envolveram a mobilização de operações materiais, como a compra de novos equipamentos e o investimento

em obras de construção civil; exigiram, ainda, a implementação de novas operações metodológicas, seja no planejamento estratégico dessas atividades, seja na introdução dos procedimentos específicos de cada uma das especialidades médicas, e, por fim, envolveram um trabalho em termos de relacionamento em três frentes. Diretamente com os usuários do hospital, na prestação direta do serviço, no relacionamento com as operadoras de planos de saúde, para que esses novos serviços passassem a integrar o *portfolio* dos planos de saúde, e com os próprios médicos, para que eles fossem estimulados a exercer suas atividades no hospital.

O HDP apresenta, ainda, inovações que se valem basicamente de operações metodológicas e relacionais. É o caso do projeto de humanização do atendimento e de uma série de métodos de gestão implementados, como a gestão por rotinas. No caso da humanização, destaca-se um outro aspecto: lado a lado com a crescente preocupação com a humanização, o hospital reduziu seus investimentos em hotelaria. A justificativa se baseia no posicionamento estratégico que adotado. Segundo nosso entrevistado, diretor administrativo do hospital, o foco hoje são pacientes cirúrgicos, que são indicados pelos médicos, como vimos. Estes valorizam mais a capacidade tecnológica instalada do que os serviços de hotelaria.

Além disso, os pacientes cirúrgicos ficam pouco tempo no hospital, pois já chegam com um diagnóstico definido e, assim, não há investigações complementares a serem feitas. Em geral, o diagnóstico foi feito no consultório ou na clínica do médico e ele vem ao hospital para o procedimento cirúrgico já determinado. Nas palavras do nosso entrevistado, a hotelaria é fundamental “... naquele hospital que tem paciente institucional, quer dizer, o paciente não é do médico, é do hospital. Agora o médico, que é um influenciador grande no processo, é decisivo no nosso caso aqui”. O hospital, então, direcionou sua preocupação para o treinamento do pessoal no que diz respeito ao atendimento humanizado, deixando em segundo plano as questões de hotelaria hospitalar.

O perfil das inovações identificadas no Hospital Banco de Olhos também apresenta este caráter de composição das várias operações de serviço, com menor destaque para as operações informacionais. O hospital, como seu nome indica, possui como seu diferencial a especialidade oftalmológica. Essa especialidade tem sido um campo de evolução tecnológica acelerada que tem, como resultado mais notório, justamente a redução da necessidade de interação hospitalar. O hospital procura se adaptar a essa realidade. A introdução de um equipamento de cirurgia refrativa (quadro 13), realizada em 2002, representou um dos principais esforços nesse sentido.

Quadro 13 - Introdução de um novo equipamento de cirurgia refrativa no Hospital Banco de Olhos

Na perspectiva de constituir uma nova concepção de assistência, o HBO adquiriu um novo equipamento para a cirurgia refrativa, procedimento que visa à cura de problemas oftalmológicos tais como o astigmatismo, a hipermetropia e a miopia.

Novo equipamento para a cirurgia refrativa						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviço médico-cirúrgico	▶	▶		▶		▶

A decisão de aquisição foi tomada com o objetivo de ampliar a competitividade do hospital, que, embora reconhecido por sua especialidade, passou a enfrentar a concorrência de hospitais gerais altamente conceituados e que introduziram o serviço de oftalmologia em sua oferta. O equipamento, um dos poucos disponíveis na América Latina, constituiu a mobilização de uma operação material (M). Essa, por sua vez, se baseia na incorporação de conhecimento médico (K) e demandou a realização de cursos de formação específica para habilitar a equipe médica em sua utilização (C).

A introdução do equipamento exigiu que também fosse desencadeado um processo de treinamento dos profissionais, o que mobilizou uma série de operações relacionadas com a disseminação de novos conhecimentos (K), sem os quais a aquisição pura e simples da máquina não teria resultado. Em paralelo, o hospital também precisou ampliar sua clientela, dado que a nova máquina exigia uma quantidade razoável de procedimentos para que o investimento fosse remunerado. Com isso, o HBO desenvolveu parcerias, ou seja, investiu em relacionamentos (R) com clínicas em Porto Alegre e região metropolitana, procurando ampliar a captação de clientes.

Já no Complexo Hospitalar Santa Casa (HSC), as inovações identificadas apontaram para a mobilização prioritária das operações metodológicas, sobretudo relacionadas à implementação de novos métodos de gestão. É o caso, por exemplo, da introdução de ferramentas de planejamento estratégico, de qualidade total, de gerenciamento pela rotina e de melhoria no acompanhamento dos indicadores assistenciais, os quais se caracterizam como procedimentos de melhoria incremental. No HSC, entretanto, essas inovações gerenciais permitem ilustrar uma situação diferente, onde essas melhorias estão associadas a uma inovação que pode ser considerada radical. Trata-se da construção de um hospital dedicado exclusivamente ao tratamento de câncer, o que mobiliza, naturalmente, todas as operações de serviço (quadro 14).

Quadro 14 – Novo hospital para tratamento do câncer

A partir do desenvolvimento de novas ferramentas de gestão, como o planejamento estratégico (K), a Santa Casa de Porto Alegre definiu-se pela importância estratégica de ter um hospital totalmente dedicado ao tratamento do câncer.

Novo hospital para o tratamento de câncer no Complexo Hospitalar Santa Casa						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Novo hospital “Dom Vicente Scherer”	▶	▶	▶	▶	▶	▶

A construção e a implementação do hospital trouxeram a necessidade de mobilizar as técnicas mais avançadas de tratamento disponíveis (K), o que exigiu a aquisição de equipamentos de tecnologia de ponta (M), sistemas de informação atualizados (I) e um tipo de abordagem especializada (K) com os pacientes (R), que envolve não apenas aspectos médicos, mas aspectos psicossociais que afetam as pessoas acometidas pela doença.

Mencionamos a associação entre essa inovação e as anteriormente listadas no HSC porque foi a partir do planejamento estratégico desenvolvido no hospital que ações desse tipo foram definidas.

6.1.3 Hospitais privados não-participantes do SUS

Este grupo de hospitais reúne os estabelecimentos que operam unicamente no chamado sistema de saúde suplementar. Em outras palavras, eles hospitais vendem seus serviços às operadoras de planos de saúde, ainda que uma pequena parte dos serviços seja diretamente remunerada por clientes individuais. Nesses estabelecimentos, podemos novamente observar um tipo de relação presente no grupo anterior: o hospital, na maioria dos casos, lida com um cliente ou usuário final e um comprador dos seus serviços. Esses dois tipos de clientes invariavelmente têm demandas que podem ser contraditórias em relação ao serviço prestado pelo hospital. Em relação ao setor público, entretanto, não há nenhuma relação referente a financiamento, embora a atuação reguladora das autoridades públicas, sobretudo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, possa afetar diretamente o mercado em que esses estabelecimentos atuam. No presente estudo foram analisados, nesse grupo, os

seguintes hospitais: Hospital Moinhos de Vento (HMV), em Porto Alegre, e, em Brasília, os hospitais Santa Luzia (HSL), Brasília (HBR), Anchieta (HAN) e Daher (HDA).

O comportamento desse grupo de hospitais em relação às operações de serviço mobilizadas, a partir de decomposição funcional, permite identificar os efeitos do seu mercado de atuação. Por um lado, pressionados por oferecer serviços de mais qualidade e buscando serviços de maior rentabilidade, esses hospitais se valem de operações materiais e metodológicas de forma a introduzir novas especialidades. Por outro lado, a pressão é para a redução dos custos, exercida, sobretudo, pelas operadoras de planos de saúde, principal fonte de remuneração desses hospitais, o que induz à proliferação de inovações combinando operações metodológicas (sobretudo na área de gestão) e relacionais.

Quadro 15 – Espaço da Saúde e Bem-Estar do Hospital Moinhos de Vento

O “Espaço da Saúde e Bem-Estar” desenvolvido pelo Hospital Moinhos de Vento é um serviço voltado à educação para a saúde e a qualidade de vida.

Espaço da Saúde e Bem-Estar do Hospital Moinhos de Vento						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Espaço da Saúde e Bem-Estar	▶			▶	▶	▶

Situado num shopping center, o espaço oferece cursos, palestras, dicas de saúde e tem como objetivo fundamental identificar o HMV como uma organização que está preocupada em colaborar com os usuários no sentido de manter sua condição saudável.

O Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre, apresenta um enfoque diferenciado nesse aspecto e que se manifesta claramente nos novos serviços que tem oferecido. O HMV considera que sua atuação deve focar os procedimentos de alta complexidade e a assistência integral. No primeiro foco, destaca-se a criação de um centro de oncologia especializado em câncer de mama. A incidência da doença na região e a ausência de um centro desse tipo levaram o hospital a decidir por essa ação em seu planejamento estratégico. Quanto ao segundo foco, foi a partir de um mapeamento do que o hospital chama de “cadeia da doença e do tratamento” que se consolidou a proposta do HMV de se ocupar integralmente dos seus usuários, deslocando o foco assistencial “da doença para a saúde”. Essa visão tem feito com que o hospital aposte numa série de iniciativas voltadas para a intensificação do relacionamento com os seus usuários, como, por exemplo, a criação de espaços de educação

para a saúde em shoppings, como no chamado “Espaço da Saúde e Bem-Estar” (quadro 15). Nas palavras da nossa entrevistada, o hospital quer ser identificado como aquele que cuida do “ser saudável”, que o acompanha durante toda a vida e que pode ser um lugar de recurso num momento crítico “... que se perpetua no imaginário das pessoas como o lugar de proteção a sua vida”.

No Hospital Brasília, no Distrito Federal, as operações de serviço mobilizadas com maior frequência são as metodológicas e relacionais. Ao mesmo tempo em que houve inovações, por exemplo, na constituição de um novo serviço de hemodinâmica e na modernização da UTI e do centro cirúrgico, que demandaram a introdução de novos equipamentos, foi principalmente na área de gestão que o hospital introduziu mudanças. Boa parte delas relacionadas com procedimentos de acreditação, exigidos pelas autoridades de saúde pública, e que motivaram todo um trabalho de reestruturação administrativa do hospital, o qual costuma ser referido como “reengenharia de processos”. O hospital apresenta algumas iniciativas interessantes na combinação das operações metodológicas com operações relacionais voltadas para dois atores fundamentais de sua atuação: os pacientes e os médicos. No que diz respeito aos pacientes, a principal inovação está no desenvolvimento de um novo sistema de atendimento ao cliente, cujo carro-chefe foi a criação de um serviço de ouvidoria. No que diz respeito aos médicos, encontramos no hospital a mesma preocupação mencionada na análise do Hospital Divina Providência; qual seja, a de que os médicos exercem um papel decisivo na escolha do paciente pelo hospital onde será feito determinado procedimento. Em função da acentuada assimetria de informação entre o médico e o paciente (GALLOUJ, 1996), dificilmente um paciente irá se contrapor à indicação de hospital feita pelo médico. Nesse sentido, o hospital criou o SAM – Serviço de Atendimento ao Médico (quadro 16).

Quadro 16 – Introdução do Serviço de Atendimento ao Médico no Hospital Brasília

O Hospital Brasília criou um Serviço de Atendimento ao Médico (SAM), a fim de se ocupar de toda a relação burocrática do médico que realiza procedimentos no hospital com a operadora de plano de saúde.

Serviço de Atendimento ao Médico do Hospital Brasília						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviço de Atendimento ao Médico	▶			▶	▶	▶

O serviço visa ser um atrativo para que os profissionais escolham o hospital como local para desenvolvimento de procedimentos, sobretudo cirúrgicos.

O objetivo do SAM é criar todas as condições para que o médico exerça suas funções dentro do hospital sem que precise se ocupar da burocracia envolvendo o hospital e as operadoras de plano de saúde. O SAM se ocupa de todas as atividades-meio que, noutra situação, seriam responsabilidade do médico. Além de ser um atrativo para que o médico atue no hospital, o SAM tem possibilitado, na avaliação de seus gestores, um maior envolvimento do corpo clínico com as mudanças de gestão que o hospital tem implementado, ou seja, o serviço acaba tendo efeitos positivos também em outras ações em que a integração dos médicos é condição *sine qua non* para que os resultados sejam atingidos, como, notadamente, no controle dos custos dos procedimentos hospitalares.

No Hospital Santa Luzia, encontramos um padrão similar no que diz respeito às operações de serviço mobilizadas e, até mesmo, nos serviços introduzidos. É o caso, por exemplo, do que o hospital denomina como Governança Clínica. Essa atividade visa aproximar os médicos da gestão do hospital e envolve uma série de inovações nos serviços, como a adoção de protocolos de assistência médica, os quais têm como objetivo padronizar procedimentos recomendáveis em diferentes tipos de tratamento, o que faz com que os protocolos se tornem parâmetro para avaliação da eficiência do desempenho de cada profissional a partir de indicadores de prática médica. O hospital também vem desenvolvendo uma inovação que envolve a informatização dos prontuários médicos, ou seja, mobilizando prioritariamente operações informacionais. Os prontuários, no entanto, visam a um resultado relacional claro: a segurança dos pacientes e dos médicos, com o registro adequado de todos os procedimentos. Entre as inovações do Santa Luzia destaca-se, também, a inauguração de uma nova maternidade e de um nova UTI, ambas baseadas em importantes investimentos em tecnologia. Nos dois casos, são as operações materiais que protagonizam as inovações.

No Hospital Daher, as inovações identificadas envolvem aspectos relacionais em dois casos. Primeiro, na profunda reformulação do processo de atendimento. As operações relacionais foram antecedidas por operações metodológicas, desenvolvidas no contexto de um planejamento estratégico que identificou a necessidade de criação de uma supervisão de atendimento. A inexistência de profissional com o perfil para essa supervisão motivou a contratação de um especialista para a função e de um programa de capacitação para os funcionários envolvidos no serviço. Considerando as operações metodológicas, destaca-se ainda a introdução de novas especialidades médicas, ao passo que a ampliação da UTI, inclusive com ampliação de seu leque de serviços, é o principal exemplo de mobilização de operações materiais.

No Hospital Anchieta, encontramos o principal conjunto de inovações que resultam de operações materiais. Podem ser identificadas a nova UTI Neonatal, uma nova cozinha, construção de um novo prédio, permitindo a ampliação do hospital, e os investimentos em ambientação para incrementar os serviços de hotelaria hospitalar. Outro destaque importante do Anchieta são as operações metodológicas desenvolvidas em função de processos de acreditação, nacionais e internacionais, que o hospital desenvolveu.

6.1.4 Hospitais universitários

Os hospitais universitários, no Brasil, ostentam uma situação específica. No caso dos hospitais públicos universitários, são vinculados ao Ministério da Educação, por força de sua inserção nas Universidades, ao mesmo tempo em que, mediante convênio com o Ministério da Saúde, integram a rede do SUS. Os casos aqui abordados contemplam a situação de um hospital universitário privado, mas que também integra o SUS. Assim, esses hospitais procuram conciliar as atividades de ensino e pesquisa com a forte demanda dos usuários do SUS, tudo isso no contexto específico da organização de cada um. São abordados neste ponto os seguintes hospitais: o Hospital de Clínicas, hospital público vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre; o Hospital Universitário de Brasília, hospital público vinculado à Universidade de Brasília, no Distrito Federal; e o Hospital São Lucas, hospital privado, sem fins lucrativos, vinculado à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre.

No que diz respeito às operações mobilizadas nos processos de inovação, os hospitais universitários reproduzem, de certa forma, as características dos grupos não- universitários correspondentes. Ou seja, o hospital que atua exclusivamente no SUS apresenta um padrão similar ao dos hospitais públicos, ao passo que os outros dois hospitais apresentam similitudes com as observações dos grupos de hospitais privados participantes do SUS.

O caso do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCL), em Porto Alegre, é diferenciado nesse contexto porque possui um arranjo institucional que lhe permite, mesmo sendo um hospital público e universitário, participar tanto do SUS quanto do sistema de saúde suplementar. As inovações identificadas no hospital apontam um equilíbrio nas operações mobilizadas. Assim, a introdução de novas operações metodológicas na área de gestão é apontada como uma das mudanças que mais têm surtido efeito na qualidade do serviço ofertado pelo hospital. Destacam-se aí os procedimentos na área de logística e a introdução do planejamento estratégico com um sistema de indicadores baseado na

metodologia *Balance Score Card*. As atividades de pesquisa também são responsáveis pela introdução de muitas inovações baseadas em novos conhecimentos desenvolvidos no hospital, que tem chegado a estabelecer patentes de alguns procedimentos, tais como novos métodos de diagnóstico da diabete e da tireóide (VARGAS, 2002). No bojo do programa federal de recuperação de emergências hospitalares, o HCL também introduziu, recentemente, um novo serviço de emergência, no qual as operações materiais assumem o primeiro plano na constituição da infra-estrutura, às quais se associam medidas no intuito de melhorar o atendimento nesta atividade.

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) atua somente dentro do SUS e, dessa forma, apresenta algumas das lógicas de ação típicas dos hospitais públicos, as quais convivem com iniciativas importantes na área de ensino e pesquisa. As inovações identificadas no hospital perpassam, também, aspectos relacionados à gestão. Um programa foi introduzido no hospital, procurando descentralizar a gestão e, para isso, são promovidos seminários que procuram discutir conceitos e decisões, de forma a familiarizar os profissionais da área assistencial com os métodos administrativos. Ainda na área de gestão, o HUB protagonizou mudanças nos serviços de lavanderia e nutrição, que foram modernizados e totalmente constituídos internamente no hospital. Outra iniciativa foi o estabelecimento de um contrato de gestão com o Governo do Distrito Federal a fim de assegurar condições estáveis de repasse dos recursos do SUS em troca da total integração do hospital na rede assistencial pública. Para isso, o contrato envolve metas em termos de números de atendimento e de disponibilidade de leitos para internação, além da expansão das especialidades ofertadas. O hospital também apresenta inovações vinculadas à mobilização de operações materiais. Nesse rol se encontram os novos serviços de diagnóstico por imagem, os novos serviços cirúrgicos e, principalmente, a construção de um centro de alta complexidade em oncologia, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer, a partir de recursos federais.

O Hospital São Lucas (HLU), vinculado à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, é um hospital privado sem fins lucrativos. Tal qual os hospitais privados conveniados ao SUS, e assim como o Hospital de Clínicas, o HLU atua no SUS e no sistema de saúde suplementar. Da mesma forma que os demais hospitais que convivem com esses sistemas, verificamos inovações que procuram atender a uma lógica do mercado, sobretudo expressa pelas exigências das operadoras de planos de saúde, e uma lógica de serviço público, associada aos princípios do SUS. Além disso, o hospital tem o ingrediente do ensino e da pesquisa, que interfere substancialmente no conceito do serviço que ele deve ofertar. Essa pluralidade que habita o hospital o leva a apresentar um conjunto de iniciativas inovadoras em

seu funcionamento que seguem uma diversidade de propósitos, o que se reflete nas operações mobilizadas. Do ponto de vista relacional, o hospital apresenta iniciativas tanto para os profissionais médicos quanto para os usuários. O HLU introduziu inovações na relação com o corpo clínico, sobretudo a partir da criação de um centro clínico. O objetivo dessa inovação é proporcionar aos médicos condições de desenvolver sua atividade liberal também nas dependências do hospital, aumentando os vínculos e envolvendo os médicos nas principais iniciativas do HLU. Em relação aos pacientes, o hospital introduziu novos serviços no seu programa de acolhimento dos pacientes, sobretudo na tentativa de introduzir práticas relacionadas à humanização. Entre elas, destacam-se a musicoterapia, as atividades de recreação, o coral do hospital e as atividades levadas a termo por voluntários. O hospital tem desenvolvido novos serviços também com base na introdução de novos equipamentos, tanto de uso assistencial quanto na área de hotelaria. A telemedicina, por exemplo, é uma das que demandaram investimentos em atualização tecnológica e treinamento. O hospital também tem desenvolvido inovações relacionadas com o melhor uso das informações codificadas. Nesse campo, podemos identificar a introdução de protocolos de assistência médica, desenvolvidos, segundo o hospital, com dois objetivos: padronizar custos e reduzir riscos. As operações metodológicas ganham destaque nos projetos de pesquisa desenvolvidos. Na visão desse hospital universitário, as pesquisas constituem um de seus “serviços elementares” e são, assim, o produto global ofertado pela instituição. Destacam-se as pesquisas com medicamentos, em parceria com laboratórios farmacêuticos, e as pesquisas sobre projetos neurológicos e de microcirurgia, envolvendo pesquisa com células-tronco.

6.2 Inovação nos serviços hospitalares na França

Nesta seção, passamos a apresentar as inovações identificadas nos hospitais franceses. A seção está organizada em duas subseções: a primeira dedica-se aos hospitais públicos; a segunda, aos hospitais privados. O desenvolvimento desta apresentação segue o mesmo percurso desenvolvido para os hospitais brasileiros. Inicialmente, comentamos as principais operações de serviço mobilizadas nos processos de inovação. Este uso da decomposição funcional (Djellal et al, 2004) permite vislumbrar diferentes formas que as inovações assumem, sem nos limitarmos às inovações tecnológicas. Em seguida, procuramos analisar quais lógicas de inovação foram constatadas no grupo de hospitais analisado. Por fim, os atores e os determinantes desses processos são discutidos.

6.2.1 Hospitais públicos

Os hospitais públicos franceses investigados neste estudo procuram contemplar a diversidade que esses estabelecimentos apresentam. A planificação regional desenvolvida pelas autoridades públicas francesas, o Esquema Regional de Organização Sanitária (SROS), configura um sistema hierarquizado, tendo no topo da pirâmide os centros hospitalares universitários, os quais são apoiados por centros hospitalares nas principais cidades da região, os quais variam de porte e gama de serviços, desde os mais próximos de um centro regional até os que mais se assemelham a um hospital local. Nossa pesquisa contemplou essa diversidade, de forma a não subestimar a capacidade inovadora dos hospitais não-universitários, e abrangeu ao todo 8 hospitais públicos na região Nord-Pas-de-Calais, quais sejam: o Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, o Centro Hospitalar de Roubaix, o Centro Hospitalar de Tourcoing, o Centro Hospitalar de Valenciennes, o Centro Hospitalar de Lens, o Centro Hospitalar de Maubeuge, o Centro Hospitalar de Arras e o Centro Hospitalar de Boulogne-sur-Mer.

A análise das operações de serviço mobilizadas nos processos de inovação nos hospitais públicos franceses mostra uma grande variedade. Embora o predomínio das chamadas operações metodológicas, sobretudo relacionadas à introdução de novos métodos de gestão, iniciativas destacadas podem também ser mencionadas tanto no que diz respeito à introdução de inovações baseadas em novos equipamentos e novos sistemas de informação quanto na busca de novos modos de relacionamento com os usuários e com os demais atores do sistema de saúde.

No **Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille (CHRU)**, o predomínio das operações metodológicas nas inovações identificadas pode parecer contraditório. Afinal, como hospital de referência na região, o CHRU é também aquele onde a incorporação tecnológica se dá com maior vigor. Entretanto, além da introdução de novos conhecimentos codificados oriundos da pesquisa médica e farmacêutica, o CHRU tem se destacado nacionalmente por suas inovações organizacionais. Três conceitos podem sintetizar essas inovações: organização por clínicas, contratualização e transversalidade (quadro 17). Os serviços assistenciais, nos diversos estabelecimentos do CHRU, passaram a ser agrupados de acordo com as especialidades e as linhas de cuidado. Esses grupos passaram a ser denominados **clínicas**. Cada clínica tem um diretor responsável pela parte administrativa e outro pela parte médica. Elas possuem, ainda, um conselho de gestão que chega a reunir, em diferentes instâncias, todos os funcionários vinculados à clínica. Uma vez constituída, a

clínica propõe um contrato – **contratualização interna** – com a direção geral do CHRU. O contrato deve prever as metas assistenciais, administrativas e financeiras, inclusive o planejamento da introdução de novos serviços, quando for o caso. Uma vez aprovado o contrato, a direção da clínica passa a ter autonomia administrativa para conduzir o seu cumprimento. Os serviços complementares que exigem uma escala maior, como limpeza, hotelaria, logística e outros, passam a ser fornecidos pelas diretorias do CHRU como uma prestação de serviço, cujos termos também devem estar prescritos no contrato firmado.

Quadro 17 – Organização por clínicas, contratualização e transversalidade

O CHRU de Lille inovou na sua estrutura organizacional criando a organização por clínicas. Os diversos segmentos do Centro Hospitalar foram organizados por especialidades e linhas de cuidado próximas.

Organização por clínicas, contratualização e transversalidade no CHRU						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviços administrativos	▶			▶	▶	▶

Cada clínica, como passam a ser chamados esses grupos, tem autonomia administrativa e financeira com base num contrato estabelecido com a direção-geral do CHRU. Os serviços administrativos mais “pesados”, como hotelaria, logística, lavanderia, limpeza, ficam a cargo da direção-geral, nos termos do contrato firmado.

O Hospital Jeanne de Flandres, um dos estabelecimentos que integram o CHRU, é um exemplo dos efeitos dessa organização. Constituído em 1995, o hospital é a maternidade do CHRU. Originalmente, o estabelecimento possuía um diretor, responsável administrativo por todas as suas atividades. A partir da organização em clínicas, o estabelecimento abriga duas linhas de cuidado: a ginecológica e a obstétrica-pediátrica. Cada uma dessas clínicas possui seus respectivos diretores administrativo e médico, embora a atuação no mesmo ambiente físico. A convicção nos benefícios dessa nova forma de organização não deixou de lado uma preocupação, qual a seja, a de que as clínicas se isolem e os pacientes sejam prejudicados com a inobservância das complementaridades dessas e de outras clínicas (exemplos: uma determinada gestante pode precisar de um acompanhamento cardiológico; um bebê pode enfrentar dificuldades respiratórias graves). O CHRU criou, na sua estrutura central, uma diretoria de **transversalidade**; responsável, portanto, pela implementação e pela difusão de métodos de gestão que permitissem a integração entre diferentes clínicas, tendo como foco o

cuidado integral do paciente. Essa nova organização do CHRU se antecipou às exigências recentes das autoridades francesas, sobretudo no que diz respeito à organização interna dos hospitais por intermédio da contratualização, no bojo do plano “Hospital 2007”. O centro hospitalar tem servido como um laboratório nacional dessa nova organização interna, juntamente com outros estabelecimentos voluntários.

O CHRU apresenta, também, novos serviços vinculados ao relacionamento com os usuários. No caso da maternidade, por exemplo, preocupado com a população carente que recorre aos seus serviços, o hospital tem trabalhado com um **aumento intencional do tempo de internação pós-parto**, com a meta de que a paciente permaneça, no mínimo, cinco dias no hospital. Esse tempo, que em análises tradicionais de produtividade poderia indicar uma baixa qualidade dos serviços, é dedicado a atividades de formação das novas mães. Segundo um de nossos entrevistados, muitas delas não possuem a mínima informação sobre os cuidados que o recém-nascido precisa. Isso vale tanto para os aspectos médicos quanto para os nutricionais, higiênicos, psicológicos. Uma equipe multidisciplinar acompanha a usuária do hospital nesses dias, utilizados de forma intensa para que, investindo nesse relacionamento, o hospital previna uma série de demandas posteriores. No que diz respeito ainda ao relacionamento com os usuários, o hospital criou um **serviço de atendimento à clientela**. O acesso à informação e os recentes avanços legislativos no que diz respeito aos direitos dos usuários dos hospitais têm aumentado a preocupação dos estabelecimentos em estreitar a relação com seus usuários, no sentido de monitorar a qualidade do atendimento e, mesmo, evitar demandas judiciais de reparação. Esse serviço funciona como uma espécie de ouvidoria, a qual desempenha também algumas funções de avaliação, com base em levantamentos estatísticos e acompanhamento de relatórios de não-conformidade. Ainda no que diz respeito às operações relacionais, o CHRU tem se engajado em atividades voltadas para a comunidade para desenvolver serviços preventivos, sobretudo naquelas incidências de saúde em que as condições sociais têm forte influência. Nesse sentido, destaca-se a **Rede Saúde-Solidariedade**. Desenvolvida no contexto dessa preocupação com a medicina preventiva e com a integração do hospital ao restante do sistema de saúde, a rede conta com uma parceria entre profissionais do hospital e profissionais de saúde e de assistência social de Lille e de dois municípios vizinhos, Lomme e Hellemmes.

As inovações identificadas no **Centro Hospitalar de Roubaix (CHR)** ilustram, igualmente, essa variedade de operações de serviço mobilizadas nos hospitais públicos. Principalmente nas inovações que significaram a introdução de serviços totalmente novos, a tônica do hospital de Roubaix foi a da mobilização conjunta de diferentes operações de serviço. Identificamos, por exemplo, a introdução do serviço **Aire Cancer** (Área Câncer). O

hospital detectou duas dificuldades importantes no atendimento prestado aos doentes com câncer. A primeira dizia respeito à identificação tardia do câncer, o que limitava a possibilidade de cura na maior parte dos tratamentos. A segunda se referia à dificuldade de estabelecer tratamentos contínuos. Os pacientes procuravam o hospital em fases agudas da doença e, em muitos casos, não davam continuidade adequada ao tratamento quando deixavam o hospital. Além disso, como comenta a responsável pelo atendimento no serviço, “o câncer é uma doença em que os aspectos emocionais pesam bastante; por isso ter um espaço para obter informação e dialogar sobre a doença é positivo para o tratamento”. O Aire Cancer é uma área localizada na entrada principal do hospital, especialmente decorada de forma a criar um ambiente acolhedor e onde uma assistente social está sempre disponível para receber pacientes já em tratamento no hospital ou pessoas que buscam informações sobre formas de prevenção e identificação da doença. Nesse espaço, são desenvolvidas palestras, apresentados vídeos e grupos de discussão que reúnem doentes e familiares. O espaço, que conta com o apoio do Seguro Social, da Agência Regional de Hospitalização e da Liga de Combate ao Câncer, também oferece atividades lúdicas e artísticas para os pacientes, internados ou não, que, dessa forma, mantêm o contato com o hospital, com seus médicos e com outros doentes, ampliando a difusão da informação, contribuindo para o enfrentamento anímico da doença e estimulando o cuidado contínuo. Afora os investimentos materiais de pequena monta que foram realizados no local, o serviço mobiliza operações metodológicas (abordagem dos pacientes, procedimentos de diagnóstico, acompanhamento psicológico) e operações relacionais. Um projeto para criar um banco de dados integrado, que registre as atividades do paciente do hospital no espaço do Aire Cancer, está também em cogitação. Outro serviço introduzido numa proposta bastante similar é o **Centre Alzheimer**. O centro combina a experimentação de novos métodos de tratamento com a difusão de informação sobre a síndrome de Alzheimer e um cuidado contínuo dos pacientes do hospital, para os quais são reservados leitos para internação de longo prazo, além de serviços de internação parcial (dia, noite ou final de semana). Assim como no caso do Aire Cancer, o Centre Alzheimer altera o perfil tradicional do serviço do hospital, voltado para os momentos agudos da doença, em direção a um atendimento integral nos marcos dos princípios de humanização do atendimento que norteiam o projeto do estabelecimento.

O CHR apresenta também novos serviços que combinam sua atuação em medicina com uma forte preocupação social. Cabe salientar que Roubaix, município da região metropolitana de Lille, é um dos que apresentam as maiores taxas de desemprego da França e onde se concentrou, pela história industrial do município, boa parte do fluxo imigrantes que

ingressaram na França principalmente no pós-guerra. As questões sociais estão na origem de pelo menos três novos serviços identificados no hospital e que marcam sua “abertura” em direção à comunidade. O primeiro deles, a **Maison de Santé** (Casa de Saúde), resulta de uma articulação do hospital com o serviço de assistência social da prefeitura, com os médicos liberais do município e com a Agência Regional de Hospitalização. Ao longo do tempo, constatou-se que boa parte dos atendimentos em urgência do hospital derivava de razões não médicas ou, quando as razões médicas se apresentavam, de problemas crônicos de saúde; logo, problemas que não deveriam estar assoberbando o serviço de urgência. Contando com o apoio da Agência Regional de Hospitalização na disponibilização de uma dotação orçamentária específica, a Maison de Santé foi idealizada como um serviço patrocinado pelo hospital, que disponibiliza também dois atendentes de enfermagem. A Maison, que iniciou suas atividades em 1995, fica localizada num prédio de propriedade do hospital em frente à entrada do seu setor de urgências. Nela, os médicos liberais, ou seja, aqueles que atendem em consultórios próprios, sem vínculo com o hospital, prestam atendimento na forma de plantão. O atendimento contínuo, na forma de plantão, é uma obrigação legal dos médicos liberais, que assim podiam contar com uma estrutura ofertada pelo hospital e com a possibilidade de se revezarem na garantia desse atendimento (recentemente, uma série de manifestações dos médicos liberais contra essa obrigação, principalmente pelas condições de segurança para prestação do atendimento, foram registradas). Além disso, boa parte dos atendimentos, como nos relataram integrantes da equipe da Maison de Santé, envolve questões de assistência social, como falta de moradia e falta de recursos para transporte, entre outros, dos quais os serviços da prefeitura passam a se ocupar. Outro serviço que marca a parceria entre hospital, médicos liberais, prefeitura e associações comunitárias é a **rede de combate à alergias**. O CHR constatou que, em boa parte dos atendimentos realizados em que havia o diagnóstico de alergia, havia relação com as condições de moradia inadequadas do usuário. A rede realiza, assim, visitas às áreas mais afetadas, onde assistentes sociais da prefeitura realizam um levantamento das condições de moradia. Médicos e enfermeiros do hospital especializados em tratamentos contra alergia participam das visitas e das avaliações dos levantamentos. Juntamente com a defesa civil, são então mobilizados projetos e recursos para atacar o problema. No mesmo sentido, um terceiro serviço é ofertado pelo hospital. Trata-se da **rede de combate à violência infantil**. Alarmado pelo número de crianças que chegavam ao hospital vítimas de violência, o hospital iniciou um projeto que, internamente, procurava estabelecer um acompanhamento adequado a essas crianças, incidindo, principalmente, junto a suas famílias. Coordenado pela enfermeira responsável pela unidade pediátrica do hospital,

o projeto evolui para uma rede que possui interligação com os órgãos de segurança pública, com as associações comunitárias, com outros estabelecimentos de saúde da região e com os médicos liberais. A rede atua tanto nos cuidados terapêuticos das crianças atingidas como na prevenção dos possíveis fatores socioeconômicos que possam estimular o comportamento violento. Esses exemplos, aos quais poderíamos agregar, ainda, a criação de um **Centro de Atendimento Médico-Social de Prevenção**, voltados para a medicina preventiva e para o atendimento de crianças com deficiência, cujo objetivo, nas palavras de seu diretor, é “atingir equidade a pleno”, combinam operações diversas com a introdução de equipamentos terapêuticos, tratamento de informações, desenvolvimento de métodos (da Medicina, mas também das Ciências Sociais), mas têm, como destaque, a mobilização de operações relacionais, internas e externas ao hospital, com usuários diretos e outros interessados que compõem o tecido social no qual o hospital está inserido.

Quadro 18 – Serviço Descentralizado de Diálise

O CHR investiu em equipamentos que permitem aos seus usuários realizarem os procedimentos rotineiros de diálise próximos a suas residências.

Serviço Descentralizado de Diálise no CHR						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviços administrativos	▶			▶	▶	▶
Serviços de informação	▶	▶	▶			▶
Serviços assistenciais	▶	▶			▶	▶

Integrados à rede de computadores do hospital, via internet, os equipamentos transmitem as informações sobre as atividades realizadas. É mais uma forma de evitar a sobrecarga do hospital e, ao mesmo tempo, desenvolver um atendimento diferenciado.

A combinação de operações informacionais e materiais marca um novo serviço, cujos resultados em termos relacionais são os mais valorizados pelo hospital. Trata-se do **Serviço Descentralizado de Diálise** (quadro 18). O caráter contínuo da utilização desse serviço impunha aos pacientes a necessidade de descolamento até o hospital, que, por sua vez, enfrentava limitações físicas para ampliar seu atendimento. Em parceria com a prefeitura, que cedeu espaços em alguns bairros da cidade, o hospital adquiriu equipamentos de diálise

capazes de transmitir informações via internet, que registram os procedimentos realizados pelos pacientes em centros localizados perto de sua residência, com acompanhamento de técnicos em enfermagem, o que possibilita que os médicos do hospital possam ter todos os dados dos procedimentos realizados.

Nos casos de serviços já existentes, o Centro Hospitalar de Roubaix traz dois importantes exemplos de inovações em que as operações materiais são fundamentais, mas em que o impacto relacional é inegável: a **nova lavanderia** e a **nova cozinha do hospital**. Esta última, em especial, envolveu investimentos em equipamentos de última geração que permitem desde o acondicionamento das refeições nas condições ideais até o transporte em carrinhos com sistema de controle da temperatura que garantem a chegada da refeição com todos os nutrientes ao paciente. Cabe salientar que o CHR possui prédios em pontos diferentes da cidade, o que torna esta capacidade tecnológica condição *sine qua non* para que a opção por um serviço próprio, e centralizado, de cozinha seja viável.

No **Centro Hospitalar de Tourcoing (CHT)**, os mesmos equilíbrio e diversidade nas operações de serviço podem ser verificados. Um conjunto de iniciativas foi introduzido para que o hospital se adapte às novas regulamentações do sistema hospitalar, sobretudo no que diz respeito à tarifação por atividade (T2A) e seus impactos orçamentários. Essas inovações envolvem procedimentos de **acreditação** e a introdução de uma **nova estrutura organizacional** que se valem da aplicação de novos métodos de gestão. A nova estrutura é marcada pela criação de duas diretorias voltadas especificamente para temas centrais nas reformas propostas no plano “Hospital 2007”: a diretoria de estratégia, cabe lembrar a obrigatoriedade de os hospitais apresentarem um projeto de estabelecimento à Agência Regional de Hospitalização como condição para autorização de novos serviços ou aquisições de equipamentos, e a diretoria de pólos de atividade, a nova forma de organização dos serviços assistenciais preconizada pelas autoridades de tutela. Mas operações materiais também são mobilizadas, como no novo **serviço de transporte interno de pacientes**, no qual o hospital desenvolveu um sistema próprio, com incorporação tecnológica considerável.

O transporte interno de pacientes foi identificado pelo hospital como motivo de insatisfação de muitos usuários e, pelos profissionais do hospital, como uma atividade que chegava a comprometer procedimentos assistenciais. A estrutura física do hospital faz com que alguns prédios, onde há internação de pacientes crônicos, por exemplo, fiquem distanciados dos serviços de urgência. A inexistência de um serviço próprio para o transporte interno, fazia com que o hospital tivesse que recorrer, em muitos casos, à serviços externos de ambulância. Além da situação esdrúxula, narrada por um diretor do hospital, de ter que

chamar uma ambulância para o hospital, os atrasos no atendimento e, porque não, seus custos, comprometiam os serviços, e a imagem, do hospital. A partir da redistribuição e treinamento de funcionários para este transporte, da aquisição de equipamentos, e inclusive de pequenos veículos (similares aos usados em campos de golfe e nos atendimentos médicos em campos de futebol), e obras civis que criaram circuitos privilegiados para este transporte, o serviço foi totalmente modificado e se tornou um dos mais bem avaliados do hospital.

Quadro 19 – Novo serviço de transporte interno de pacientes

O CHT internalizou os serviços de transporte interno. Além da redução dos custos com a empresa terceirizada, o novo serviço de transporte interno teve forte investimento em capacitação de funcionários e infra-estrutura técnica.

Novo serviço de transporte interno de pacientes do CHT						
<i>Serviços Elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de Serviço Mobilizadas</i>				<i>Características dos Serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviço de transporte interno de pacientes	▶	▶		▶	▶	▶

Hoje o sistema é referência regional e um dos itens de maior satisfação dos usuários.

O CHT introduziu também dois serviços completamente novos em que diferentes operações de serviço foram mobilizadas. Um deles é o desenvolvimento da **especialidade médica em doenças infecciosas**. Como parte de uma parceria de pesquisa com o Centro Hospitalar Universitário de Lille, o CHT se tornou referência europeia no combate a doenças infecciosas, sobretudo àquelas ainda pouco conhecidas e com alto poder de contaminação, como a Síndrome Respiratória Aguda (SRAS). Este serviço mobilizou operações metodológicas, principalmente relacionadas aos desenvolvimentos científicos realizados e a descoberta de novos métodos de tratamento, mas implicou também a introdução de novos equipamentos e, atualmente, motiva a construção de uma unidade hospitalar específica no seio do centro hospitalar (o hospital Charcot), que está sendo dotado de leitos especialmente preparados para o combate à doenças infecciosas.

O outro serviço mobiliza basicamente operações metodológicas e informacionais, além das competências assistenciais evidentemente. Trata-se do lançamento do **cartão Transcarte**. Este cartão faz parte de uma parceria do município de Tourcoing com o município vizinho de Mouscron, na Bélgica, voltado para o compartilhamento de estrutura e

ampliação da acessibilidade aos serviços hospitalares. Em países diferentes, Tourcoing e Mouscron têm seus hospitais localizados a menos de cinco quilômetros de distância, realidade que não impedia que os habitantes das duas cidades enfrentassem todo o tipo de dificuldade burocrática para utilização de seus serviços. O cartão Transcarte permite o intercâmbio das informações médicas dos habitantes das duas cidades, além de possibilitar que os mesmos possam acessar serviços nos dois hospitais indistintamente. Esta parceria recebeu apoio dos órgãos de tutela dos dois países e vem sendo estimulada pela União Européia como um experimento importante na construção de um sistema de assistência médico-hospitalar europeu.

No **Centro Hospitalar de Valenciennes (CHV)**, pudemos identificar várias inovações que envolvem reorganizações da estrutura interna do hospital, parcerias, desenvolvimento e incorporação tecnológica. No que diz respeito à estrutura interna do hospital identificamos três mudanças significativas para o conjunto dos serviços ofertados. Do ponto de vista assistencial, o hospital reorganizou os serviços de obstetrícia e pediatria, e constituiu o serviço de neonatologia, formando um **Pólo Materno-Infantil**. Além de mobilizar uma nova metodologia de atendimento e de acompanhamento, o projeto do pólo contou também com a construção de instalações adequadas e a aquisição de equipamentos para o centro de tratamento intensivo neonatal. Do ponto de vista organizacional, o hospital introduziu um **serviço de gestão de riscos**. Este serviço está associado com as recentes mudanças nos direitos dos usuários, que têm criado nos hospitais o temor de que cresça substancialmente a demanda por indenizações, uma tendência que se verifica, por exemplo, nos Estados Unidos. O serviço de gestão de riscos é bastante amplo, mas podemos caracterizar suas atividades como o desenvolvimento de protocolos de práticas recomendadas, tanto na área assistencial, como na área administrativa, de forma a minimizar os riscos de erros por parte do hospital que possam gerar estas demandas. No mesmo sentido, o CHV reformulou seu serviço de prevenção de infecções hospitalares. Num sistema hospitalar em que a qualidade é o principal parâmetro de escolha dos usuários, índices de infecção hospitalar acima da média podem desabonar o conjunto das atividades do hospital.

Assim como na introdução do serviço de neonatologia, a incorporação tecnológica também é uma marca importante na constituição do **novo serviço de hotelaria** do Centro Hospitalar de Valenciennes. Na verdade, temos aqui um caso de desenvolvimento tecnológico a partir do hospital. O próprio hospital desenvolveu um dispositivo, em parceria com uma empresa privada, que alterou substancialmente o serviço ofertado. O equipamento, que combina os serviços de telefonia, internet e TV a cabo, permite que o paciente possa adquirir

jornais, revistas, realizar ligações, montar uma estação de trabalho, além de solicitar outros serviços, tudo isto com um contato mínimo com o pessoal do hospital, bastando escolher alguns comandos com o uso de um controle remoto. O mesmo equipamento permite que o médico, equipado com um teclado sem fio móvel, visite seu paciente, registre os procedimentos a serem adotados, prescreva exames e consulte resultados de exames anteriores.

Nas palavras do diretor do pólo de serviços hoteleiros do referido referido,

...tratamos de permitir que o paciente veja coisas que o médico antes fazia em seu consultório...investimos na relação...com mais contato direto, o paciente se sente melhor atendido, ainda que o tempo que o médico gaste com ele permaneça o mesmo...de fato, posso dizer que ele é mesmo melhor atendido, pois conseguimos reduzir o tempo entre a solicitação e a execução de um procedimento, já que um comando do médico aciona todos os serviços internos necessários, desde a nutrição à farmácia, passando pelos laboratórios e postos de enfermagem.

Quadro 20 – Inovação no Pólo de Hotelaria do Centro Hospitalar de Valenciennes

O Centro Hospitalar de Valenciennes desenvolveu, em parceria com uma empresa privada, um equipamento que congrega serviços de telefonia, internet e acesso a vários serviços do hospital diretamente do leito hospitalar.

Novo equipamento para o serviço de hotelaria do CHV						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviço de hotelaria	▶	▶	▶	▶	▶	▶
Assistência médica			▶		▶	▶

O equipamento possibilita, ainda, uma intensificação da relação médico-paciente, pois permite que, com o uso de um teclado móvel sem fio, o médico utilize o equipamento para atualizar o prontuário do paciente, solicitar exames e prescrever medicamentos, tudo isso na presença do paciente hospitalizado e não em seu consultório de forma isolada.

O CHV desenvolve ainda parcerias para a oferta de novos serviços. Numa delas, com uma clínica privada participante do serviço público hospitalar, a **parceria** envolve o compartilhamento de infra-estrutura, notadamente de equipamentos. Atualmente, como resultado dessa parceria e com os investimentos viabilizados pelo plano “Hospital 2007”, o CHV e a referida clínica estão iniciando a construção de um novo prédio, que concentrará a estrutura comum aos dois estabelecimentos. Ainda no que diz respeito às parcerias, o CHV coordena uma rede de apoio a gestantes, na qual todo o acompanhamento pré-natal é

desenvolvido em parceria com outros estabelecimentos de saúde da cidade e com médicos liberais. A rede, denominada **Rede Peri-Nat**, propicia a troca de informações clínicas das pacientes, ora acompanhadas pelos seus médicos, mas que por um motivo ou outro podem passar por serviços hospitalares antes do parto, e promove cursos e palestras de orientação.

No Centro Hospitalar de Lens (CHL), tem destaque o desenvolvimento de novos serviços em consonância com as mudanças na regulação do sistema hospitalar. Um dos aspectos centrais das recentes regulamentações diz respeito aos prontuários dos pacientes. O CHL introduziu o **prontuário eletrônico**, ou seja, todas as informações médico-assistenciais referentes à estada do paciente são registradas num sistema de informações. Por ocasião da implementação do prontuário eletrônico, todo o sistema de informação do hospital foi interligado, o que significa que as informações contábeis, médicas, farmacêuticas, enfim, todos os setores do hospital, são compatibilizadas e permitem que a administração tenha informações completas sobre o conjunto das atividades desenvolvidas.

O CHL introduziu novos serviços com base também em outro ponto central das recentes reformas do sistema hospitalar francês: as parcerias entre estabelecimentos públicos e privados. Essas parcerias têm características distintas quando analisadas sob a decomposição funcional das atividades de serviço. Uma **parceria com uma clínica privada**, por exemplo, vem permitindo o compartilhamento de equipamentos de radioterapia. Com a Policlínica Bois-Bernard, pertencente ao Grupo General de Santé, o CHL estabeleceu um Grupamento de Cooperação Sanitária (GCS) (CAILLET; MAQUET; BOSSU, 2004). Essa nova forma de parceria estabelecida pelas reformas de 1996, à época voltada para o compartilhamento de equipamentos, foi alterada pelas legislações subseqüentes, permitindo, finalmente, a partir das reformas introduzidas em 2003, o compartilhamento de atividades de assistência e a constituição de pessoal próprio para atuar nesses grupamentos (DOGIMONT, 2004). O **GCS entre o CHL e a Policlínica de Bois-Bernard**, instituído desde 1999, foi um dos provocadores desta ampliação das possibilidades jurídicas desse tipo de parceria. Assim, “o GCS constitui o suporte jurídico utilizado pelos dois parceiros para obtenção de uma autorização e exploração em comum de uma atividade de alta técnica cujos parceiros sozinhos não poderiam se beneficiar: a cirurgia cardíaca” (CAILLET; MAQUET; BOSSU, 2004, p.696). A parceria constitui, então, a unidade de cirurgia cardíaca de Artois, região onde Lens se situa, permitindo desafogar os atendimentos em cirurgia cardíaca que se voltavam para o CHRU de Lille, além de oferecer um serviço de proximidade. Cabe salientar, como destacam os atores dessa parceria, que o CHRU de Lille teve também um papel ativo ao cooperar na formação das equipes do CHL e da Policlínica de Bois Bernard.

O CHL tem ainda atuado na introdução de formas de atendimento alternativas à hospitalização completa, nas quais a mobilização de operações metodológicas e relacionais tem grande destaque. Foi introduzido o serviço de **hospital-dia**, o qual permite, em determinadas especialidades, que o paciente seja recebido, diagnosticado e, muitas vezes, passe até por pequenas intervenções cirúrgicas, sem a necessidade de internação. Além disso, o hospital está engajado em **redes de saúde** em diversas especialidades, por meio de parcerias com a prefeitura de Lens e de municípios próximos, com médicos liberais e com outros hospitais e clínicas, redes essas que experimentam novos métodos de diagnóstico e de tratamento, os quais atuam fortemente na medicina preventiva e no acompanhamento dos pacientes em sua residência, no sentido, portanto, de evitar a hospitalização.

No Centro Hospitalar de Maubeuge (CHM), as operações metodológicas estão no cerne da introdução de novas especialidades, com destaque para o **serviço de pedopsiquiatria**. Ainda no que diz respeito à mobilização de operações metodológicas, os novos procedimentos referentes à **acreditação hospitalar** podem também ser destacados. O CHM mobiliza operações metodológicas, informacionais e relacionais para desenvolver um **parceria com o centro hospitalar da cidade vizinha de Mons**, na Bélgica. Essa parceria envolve o compartilhamento de leitos de reanimação, o que possibilitou, na prática, uma ampliação da oferta desses leitos, além do estabelecimento de um programa de formação com intercâmbio de profissionais entre os hospitais das duas cidades. Além dessa parceria internacional, o CHM possui uma **parceira com uma clínica privada**, voltada ao uso compartilhado de equipamentos de diagnóstico por imagem.

Os problemas de demografia médica são uma realidade para os hospitais do Nord-Pas-de-Calais, sobretudo de médicos especialistas. Constatamos em entrevistas na Agência Regional de Hospitalização da região que, historicamente, há uma maior densidade de médicos no sul da França em detrimento do norte, o que tem sido objeto de estudos para introduzir medidas de incentivo à fixação de médicos nas regiões desfavorecidas. Essa situação só não se verifica no caso dos Centros Hospitalares Universitários, onde a proporção de médicos se aproxima da média nacional. O CHM mobilizou operações de tratamento da informação para enfrentar o problema, que na microrregião do Sambre-Avesnois, onde se encontra, é ainda mais crítico. A impossibilidade de manter um especialista na área de nefrologia sempre disponível no hospital estimulou o uso de um sistema de informação que possibilita o **diagnóstico à distância**. Nesse sistema, que está sendo ampliado para áreas como a traumatologia e a ortopedia, o médico pode acessar exames, inclusive com imagem,

de sua residência e prescrever os procedimentos que a equipe de enfermagem pode executar. Somente em casos mais graves o médico teria que se deslocar até o estabelecimento.

Uma tendência importante nos hospitais públicos franceses, como constatamos logo acima no caso de Lens, por exemplo, tem sido a introdução de novos serviços com base em operações de tratamento da informação. Um referência nacional nesse sentido é o **novo sistema de informação do Centro Hospitalar de Arras (CHA)**, o qual permite a total integração de todas as informações administrativas e médicas que envolvem o atendimento de um usuário. Isso é especialmente importante porque a legislação francesa exige que o prontuário do paciente seja unificado e, de acordo com as últimas regulamentações, que ele possa ser acessado também pelo médico habitual do paciente, evitando que haja uma descontinuidade no seu atendimento.

O sistema introduzido em Arras permite perfeita integração com os médicos liberais, que, com o cartão de saúde do paciente (Carte Vitale) e por meio de uma senha específica fornecida pelo hospital, podem acessar os registros e recomendações feitos quando da passagem desse usuário pelo estabelecimento de saúde. Assim, se um médico está acompanhando um paciente que é hospitalizado, todas as informações estarão disponíveis quando o paciente voltar ao consultório, pois o médico poderá acessar diretamente o relato dos procedimentos realizados no hospital.

Quadro 21 – Novo sistema de informação do Centro Hospitalar de Arras

O Centro Hospitalar de Arras desenvolveu, em parceria com uma empresa privada, um sistema de informação capaz de integrar as informações médicas e administrativas. Além disso, a tecnologia utilizada para o acesso ao sistema, com computadores de mão, tem proporcionado mais tempo aos médicos para o contato com o paciente.

Novo sistema de informação do Centro Hospitalar de Arras						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviços de informação	▶	▶	▶	▶	▶	▶
Serviços médico-assistenciais	▶		▶	▶	▶	▶

Assim, uma inovação que se apresenta, à primeira vista, como mais um caso de incorporação tecnológica, acaba por proporcionar um impacto extremamente positivo na relação de serviço do hospital.

Do ponto de vista do serviço direto prestado pelo hospital, o sistema de informação conta com uma tecnologia que permite ao médico estar por mais tempo em contato com o paciente. Com base em um equipamento similar a um computador de mão, os médicos podem registrar observações, elaborar prescrições, solicitar exames ou analisar os últimos resultados do paciente que está aos seus cuidados. Todas essas informações passam a integrar automaticamente o prontuário do paciente. Além disso, todas as informações administrativas e financeiras relativas ao atendimento são processadas imediatamente. Se um determinado medicamento é solicitado, o sistema está integrado à farmácia do hospital e registra a demanda, além de atualizar os estoques da farmácia. O sistema foi desenvolvido em parceria com uma empresa de tecnologia de atuação global, a qual apresentou o projeto que foi selecionado e implementado em parceria com a Diretoria de Informação Médica (DIM) do hospital⁷². Como no caso do dispositivo desenvolvido no pólo de hotelaria do Centro Hospitalar de Valenciennes, aqui a tecnologia da informação veio favorecer a relação médico-paciente, seja pela maior segurança na prescrição dos procedimentos, seja pelo simples fato que essa tecnologia permite que o médico fique mais tempo junto do paciente, sem ter que se deslocar a um terminal para fazer as solicitações.

No Centro Hospitalar de Boulogne-sur-Mer, novamente as operações informacionais aparecem em destaque na introdução de um **novo sistema de informação**. Embora não integre todos os serviços do hospital, um dos resultados diretos desse sistema foi ter permitido que a forma de distribuição dos medicamentos da farmácia fosse alterada para a **distribuição de doses individuais**, modo recomendado tanto para ampliar a segurança em relação à prescrição feita pelo médico como para proporcionar uma maior economia do uso dos medicamentos. No que diz respeito à gestão do hospital, destaca-se, também, a mobilização de operações metodológicas na área de gestão na introdução dos procedimentos necessários à acreditação hospitalar por parte da Alta Autoridade de Saúde (Haute Autorité de Santé). Outra inovação organizacional importante para o CHB foi a **unificação dos serviços de lavanderia** com os demais hospitais da microrregião de Calais. A lavanderia do hospital apresentava capacidade ociosa, ao mesmo tempo em que os custos de terceirização do serviço não tornavam essa opção atrativa. A parceria com outros estabelecimentos manteve o serviço próprio, eliminou a ociosidade e gerou uma nova fonte de recursos.

⁷² A legislação francesa exige que os hospitais públicos designem um Diretor de Informação Médica (DIM) no bojo do Programa de Medicalização dos Sistemas de Informação (PMSI) (DE KERVASDOUÉ, 2004).

Na área assistencial, o estabelecimento de parcerias também tem sido o meio mais utilizado pelo CHB para ofertar novos serviços. É destaque na região Nord-Pas-de-Calais um GCS estabelecido com uma clínica privada para a oferta do **serviço de reprodução assistida**, mais especificamente de Fertilização *in Vitro* (FIV). As alternativas à hospitalização completa estão sendo desenvolvidas pelo hospital igualmente por meio de parcerias. É o caso da **rede geriátrica**, voltada para o atendimento contínuo de pacientes idosos que necessitam de cuidados para patologias crônicas. Mas no que diz respeito às redes de cuidado, o grande destaque, com impacto nacional, do CHB é a coordenação da **REDIAB**, uma rede voltada para a prevenção e o tratamento do diabetes de tipo 2, ou seja, o diabetes originário de hábitos de vida inadequados e não genético, como nos casos do tipo 1. A REDIAB envolve todos os profissionais de saúde de Boulogne-sur-Mer, por intermédio de um sistema de informação no qual esses profissionais, uma vez identificado um caso de diabetes do tipo 2 e com a concordância do paciente, fazem o seu cadastro na rede, o que possibilita a estes os cuidados multidisciplinares mobilizados pela REDIAB. Isso envolve médicos endocrinologistas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e professores de educação física. Os resultados levantados até aqui pela rede apontam para resultados superiores no controle do diabetes tipo 2 em relação aos obtidos junto a pacientes tratados no CHB, mas que não estão engajados na REDIAB.

6.2.2 Hospitais privados

Os hospitais privados franceses (ou *cliniques privées*, como chamados na França) reúnem estabelecimentos de saúde de diferentes origens e configurações. Como discutimos no capítulo anterior, com base no trabalho de Cleveranne, Pascal e Piovesan (2004), esses hospitais percorrem uma trajetória que se iniciou com as pequenas clínicas, de propriedade de um médico, o que estes autores chamam de configuração artesanal e que tem evoluído em direção à formação de alguns conglomerados, ou cadeias de clínicas, com o envolvimento de grandes grupos, tanto da área de saúde como de investidores oriundos do mercado financeiro. Os hospitais abordados nesse ponto representam diferentes aspectos dessa paisagem da hospitalização privada francesa. São eles a Clínica SOS Mains, pertencente a um grupo de clínicas denominado Groupe Lille-Sud; a Polyclinique Vauban, localizada na cidade de Valenciennes, a Polyclinique du Bois, localizada em Lille e o Centro Hospitalar Saint-Philibert, único estabelecimento privado analisado que integra o serviço público hospitalar, o

qual pertence ao Grupo Hospitalar do Instituto Católico de Lille e possui forte vinculação com a Universidade Católica de Lille.

No que diz respeito às operações de serviço mobilizadas, os processos de inovação identificados nos hospitais privados se destacam pela pouca utilização de operações materiais. Se recordarmos que essas operações geralmente estão associadas às inovações tecnológicas, decorrentes da incorporação de novos equipamentos, podemos notar que, se nos restringíssemos a esse tipo de operação de serviço, os hospitais privados poderiam ser considerados pouco ou nada inovadores. Destacam-se, por outro lado, as operações metodológicas e relacionais, envolvendo, no caso das primeiras, a introdução de novas técnicas de gestão.

A **Clínica SOS-Mains**, por exemplo, é reconhecida por sua excelência nas cirurgias da mãos e, nos últimos anos, pela cirurgia traumatológica e ortopédica em geral. No entanto, as principais inovações destacadas pelo estabelecimento estão relacionadas com as mudanças em sua área de gestão. Dentre elas, a reformulação realizada, que levou à **terceirização** de todos os serviços administrativos e de hotelaria. A clínica passou a ser gerida por uma estrutura “enxuta”, com apenas um administrador-geral e uma chefe da equipe de enfermagem, além do responsável médico. A nova estrutura condiz com a evolução do grupo em que a clínica está inserida, o Lille-Sud, o qual, nos termos de Cleveranne, Pascal, Piovesan (2004), se constitui numa cadeia de clínicas.

Quadro 22 – GCS entre a Clínica SOS-Mains e o CHRU de Lille

A clínica SOS-Mains desenvolveu, juntamente com o CHRU de Lille, um grupamento de cooperação sanitária (GCS). Esse tipo de organização permite a cooperação entre hospitais públicos e privados.

Grupamento de cooperação sanitária – Clínica SOS-Mains e CHRU de Lille						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviço de cirurgia das mãos	▶	▶		▶	▶	▶

Esse GCS tem como objetivo, por parte da clínica, desenvolver um mecanismo de atualização na pesquisa, desenvolvimento tecnológico e, ainda, ampliar sua capacidade de atendimento.

No que diz respeito à manutenção da excelência técnica e tecnológica da clínica, a principal inovação diz respeito à constituição de um **Grupamento de Cooperação Sanitária**

(GCS) com o Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille (CHRU). A parceria envolve pesquisa médica, desenvolvimento de tecnologia e o compartilhamento de leitos hospitalares, que permitem à clínica usufruir da autorização de mais leitos por parte da Agência Regional de Hospitalização, o que seria inviável sem a constituição do GCS. Além disso, a parceria com o CHRU, principal referência em pesquisa na região, confere à clínica um status especial, aumentando seu reconhecimento na comunidade e possibilitando, efetivamente, que seu corpo clínico permanentemente se atualize, em contato com os principais avanços científicos na área.

A **Polyclinique Vauban (PCV)** apresenta diversidade nas operações de serviço mobilizadas nos processos de inovação identificados e, portanto, nos suportes dos serviços modificados. Operações materiais foram mobilizadas, por exemplo, na introdução dos **novos serviços de urgência e de hemodiálise**, que exigiram o investimento em obras civis e, principalmente, nos equipamentos adequados às necessidades dos novos serviços. Na perspectiva médico-assistencial, esses serviços implicam, também, a mobilização de operações metodológicas, compatíveis com as exigências técnicas desses serviços. Os novos serviços atendem ao previsto no projeto do estabelecimento aprovado pela Agência Regional de Hospitalização e, assim, ao planejamento regional da oferta de serviços hospitalares. Do ponto de vista da PCV, a introdução do serviço de urgência tem um papel estratégico fundamental, qual seja, o de ampliar a clientela potencial da policlínica. Os serviços de urgência atuam, no mercado hospitalar, como uma porta de entrada para novos clientes. A clínica, que possui uma concentração de suas atividades na área cirúrgica, desenvolve a urgência como forma de alavancar a demanda pelos serviços já existentes. Nesse sentido, além de mobilizar novas competências e de estar baseada na mobilização de operações materiais, o serviço de urgência possui uma grande importância relacional para o estabelecimento.

As operações metodológicas protagonizam um conjunto de novos procedimentos de gestão voltados para a **acreditação hospitalar**. Com esse objetivo, são inseridos novos procedimentos e protocolos e adotadas normas de qualidade, que alteram a prestação dos serviços. A PCV desenvolve, tal como observamos nos hospitais públicos, uma série de novos serviços baseados, essencialmente, em operações relacionais. Nesse sentido, identificamos a **cooperação em pneumologia**, celebrada com uma clínica privada participante do serviço público hospitalar. A clínica, especializada em pneumologia, agrega essa *expertise* à PCV, que, por sua vez, pode contar com mais leitos de hospitalização para essa especialidade e ampliar seu leque de serviços. Uma parceria ainda mais ampla, envolvendo a prefeitura,

médicos liberais, outros estabelecimentos de saúde da região e contando com o apoio da Agência Regional de Hospitalização, permitiu a oferta de um serviço de prevenção na área oncológica, a **rede de cancerologia**. No contexto das redes de saúde estimuladas pelas autoridades sanitárias, a rede desenvolve o acompanhamento contínuo dos pacientes, permitindo a integração dos cuidados desenvolvidos pelos médicos liberais e pelos médicos do hospital, desenvolve uma abordagem multidisciplinar, envolvendo diversos profissionais de saúde, e difunde informações aos familiares de pacientes e à população em geral.

A **Polyclinique du Bois (PCB)** apresenta um perfil de inovações similar ao que verificamos na Clínica SOS-Mains, com o predomínio das operações metodológicas, sobretudo relacionadas à introdução de novas ferramentas de gestão. As inovações identificadas nesse hospital estão diretamente relacionadas com mudanças organizacionais, seja pela busca de uma estrutura mais flexível, como apontam seus diretores, seja pelas adaptações às medidas recentes dos órgãos de tutela. É o exemplo da introdução de uma **diretoria de gestão de riscos**, um dos marcos da nova estrutura organizacional. A gestão de riscos assume cuidados, por exemplo, com os incidentes que potencialmente podem levar a demandas judiciais por parte dos usuários. A adoção de protocolos e normas de qualidade tem sido o principal mecanismo de prevenção do qual a nova diretoria tem feito uso. No caso da PCB, a gestão de riscos tem um enfoque ampliado, chegando até mesmo à avaliação de risco quanto às possibilidades de perda de seus profissionais. Esses cuidados implicam, por exemplo, evitar que dois especialistas de uma mesma área, por ocasião de um evento, viajem no mesmo voo, pois, no caso de um acidente, a policlínica teria dificuldades de manter o serviço ofertado. A PCB aponta uma tendência de crescimento desse tipo de serviço, que vem sendo introduzido tanto nos hospitais privados como nos públicos, e que tem implicações importantes no desenho do relacionamento do estabelecimento com seus clientes/usuários.

Além da gestão de riscos, destaca-se também a introdução de procedimentos visando à **acreditação hospitalar** e à **terceirização dos serviços de hotelaria**. Como podemos observar, a acreditação hospitalar tem uma série de pontos de contato com a gestão de riscos. A terceirização dos serviços de hotelaria decorre de uma reavaliação da política do hospital. A policlínica desenvolvia esses serviços internamente, mas concluiu, após um período de avaliação, que os resultados em termos de percepção da qualidade pelo cliente, considerando o perfil do atendimento prestado, em que o papel do médico é decisivo na escolha do paciente pelo estabelecimento, não eram satisfatórios. Os serviços de hotelaria são, portanto, explorados por um parceiro comercial e têm sido restritos, segundo os relatos obtidos, ao aluguel de aparelhos de televisão.

Durante o período de levantamento de dados, a PCB desenvolvia um processo de negociação que envolvia a possibilidade de fusão com outro hospital privado. Até o encerramento da nossa investigação, a fusão não havia ocorrido, mas um acordo operacional estava em prática, envolvendo, entre outros aspectos, a possibilidade de compartilhar serviços administrativos e equipamentos de diagnóstico e terapia.

No **Centro Hospitalar Saint-Philibert (CHSP)**, integrante do Grupo Hospitalar Instituto Católico de Lille, a direção destaca sua estratégia de abertura em relação ao ambiente externo, a qual orienta a introdução de novos serviços. As razões para isso, segundo os entrevistados, se dão principalmente pela necessidade de assegurar um posicionamento estratégico para o hospital frente ao cenário que o novo marco regulatório estabelece. Pelo menos duas inovações identificadas no hospital apontam claramente nessa direção: a formação de uma rede de assistência gerontológica e a Casa Liberal de Plantão Médico.

Quadro 23 – Rede gerontológica no Centro Hospitalar Saint-Philibert

O Hospital Saint-Philibert, dentro de sua estratégia de maior abertura em relação ao ambiente, desenvolveu um serviço de atendimento gerontológico baseado no modelo de redes de saúde instituído pela legislação francesa.

Rede gerontológica no Centro Hospitalar Saint-Philibert						
<i>Serviços elementares</i>	<i>Competências</i>	<i>Operações de serviço mobilizadas</i>				<i>Características dos serviços</i>
<i>Si</i>	<i>C</i>	<i>M</i>	<i>I</i>	<i>K</i>	<i>R</i>	<i>Y</i>
Serviço de atendimento ao médico	▶			▶	▶	▶

Além da troca de informações e experiências com médicos liberais e médicos pesquisadores do CHRU de Lille, a rede desenvolve o acompanhamento preventivo dos pacientes, com apoio do serviço social da Prefeitura Municipal de Lambersart.

A primeira foi desenvolvida em parceria com o CHRU, com médicos liberais e com o serviço de assistência social de Lambersart, município vizinho a Lille, onde o hospital está localizado. O desenvolvimento da rede exigiu a mobilização de operações metodológicas, como na elaboração do método de abordagem e na definição de protocolos de assistência, de operações relacionais, pois o serviço está justamente baseado no acompanhamento preventivo dos usuários, e de operações informacionais, pois a rede se assenta na troca de informações assistenciais entre os seus membros.

A Casa Liberal de Plantão Médico, por sua vez, mobiliza operações relacionais. Ela visa possibilitar um espaço, independente do hospital, para que os médicos liberais possam

cumprir a obrigação legal do atendimento contínuo. Além de estreitar as relações entre o hospital e os médicos liberais, a Casa Liberal de Plantão Médico também mostra o compromisso do hospital com a comunidade e exemplifica o comportamento que a estratégia definida apregoava. As operações metodológicas voltam a ser destaque, também, na introdução de novas especialidades médicas, como os serviços de neurologia, cardiologia e gastroenterologia. Mas o hospital também mobiliza operações materiais, com importantes incorporações tecnológicas em dois projetos: a modernização dos laboratórios de análise e o Pólo Materno-Infantil. Neste caso, os novos serviços envolvem também uma parceria, interna ao Instituto Católico de Lille, com o Hospital Saint Vincent Paul.

6.3 A dinâmica da inovação nos serviços hospitalares: uma análise comparativa dos casos brasileiro e francês

Neste ponto, para uma análise da dinâmica dos processos de inovação identificados, mobilizamos, a partir da decomposição funcional das atividades de serviço, a noção de lógica de inovação (DJELLAL et al, 2004; DJELLAL; GALLOUJ, 2005) e procuramos, a partir da identificação dos atores envolvidos nos casos descritos, caracterizar os determinantes desses processos. Nos termos em que definimos a RTE-hospitalar no capítulo 4, as operações de serviço constituem-se em mecanismos adequados para interpretarmos as “traduções” que os atores da rede estão propondo, ou seja, de que forma estão se produzindo as associações para a solução de problemas. Se as operações de serviço nos auxiliaram a descrever as inovações, é por intermédio das lógicas de inovação, da identificação dos atores e dos determinantes dessas inovações que podemos verificar as trajetórias de evolução dos serviços, inclusive em termos da expansão ou da intensificação das relações de serviço.

6.3.1 A dinâmica da inovação nos hospitais brasileiros

Para análise da dinâmica da inovação nos hospitais brasileiros, recorreremos, mais uma vez, aos quatro grupos definidos a partir da descrição da organização da oferta hospitalar no Brasil (seção 5.2.1) e dos casos identificados (seção 6.1). Como procuramos mostrar a seguir, nossos dados apontam para a pertinência dessa classificação na maioria dos processos de inovação examinados. A aplicação da perspectiva da RTE, por sua vez, permite-nos combinar os aspectos operacionais, mas também os socioeconômicos que influenciam a coordenação dessas relações.

Nos **hospitais públicos**, os casos analisados indicam uma preponderância da lógica extensiva. Em outras palavras, a maior parte das inovações identificadas se caracterizam pela introdução de um novo serviço no leque ofertado pelo hospital, apontando uma evolução do produto hospitalar pela incorporação de novas características (GALLOUJ, 2002a). Essa característica é acentuada nos casos do Hospital Regional do Gama (HRG) e do Hospital Regional de Sobradinho (HRS). Há um equilíbrio entre lógica extensiva e intensiva no caso do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), em Brasília, no do Hospital Conceição (HCO) e no do Hospital Presidente Vargas (HPV), em Porto Alegre. Esse equilíbrio caracterizaria o que Djellal et al (2004) definiram como uma lógica combinatória de inovação, na qual há a introdução de novos serviços, ao mesmo tempo em que inovações nos serviços existentes também são identificadas. Não há relatos de serviços que tenham sido reduzidos, como em processos de terceirização, o que apontaria a presença de uma lógica regressiva.

A identificação de atores e determinantes dos processos de inovação apresenta um quadro de bastante pluralidade. Um dado recorrente: o papel das direções dos referidos hospitais. A integração ao SUS e a vinculação às diretrizes administrativas das autoridades públicas responsáveis diretamente pelos hospitais fizeram com que vários diretores dos hospitais públicos, num primeiro momento, se posicionassem apenas como meros executores das políticas públicas. Ao examinarmos as inovações, vemos um papel importante da direção de cada hospital na liderança de cada uma delas. Os serviços relacionados ao desenvolvimento de alternativas à hospitalização, por exemplo, demonstram estar relacionados, ao menos em seu início, à busca de soluções para a insuficiência de recursos, a insuficiência de leitos e o pessoal reduzido.

Num segundo momento, a equipe assistencial desses hospitais, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais estão no princípio de muitas iniciativas. O caso da introdução de novas especialidades médicas é fortemente ilustrativo. Na maior parte dos relatos, esses processos ocorreram em função do interesse e da formação dos médicos do hospital, sem vinculação com um planejamento regional que indicasse uma priorização por parte das autoridades públicas. O destaque dos serviços de controle de diabetes, tabagismo e de pneumologia, no HRG, são exemplos desse movimento tanto quanto a introdução do serviço de cirurgia oncológica no HRS.

Mas o papel das autoridades públicas não pode ser negligenciado. A atuação direta pode ser identificada, principalmente, por intermédio das políticas públicas e de seus respectivos financiamentos. É o caso, por exemplo, dos programas de humanização. Em todas as esferas de governo, a humanização do atendimento, sobretudo nos hospitais, é uma diretriz

claramente definida. Isso se reflete, principalmente, na reformulação de muitos serviços, tanto assistenciais como administrativos. Outro caso notório, que tivemos a oportunidade de mencionar anteriormente, são os programas de medicina preventiva, como o Programa de Saúde da Família, fortemente estimulado e financiado pelo governo federal. Indiretamente, as autoridades públicas também influenciam a direção das inovações. Isso ocorre, sobretudo, pela insuficiência do financiamento dos serviços, o que faz com que os hospitais procurem alternativas próprias para que o atendimento prossiga com um nível de qualidade aceitável. As práticas preventivas e os serviços de internação domiciliar, nos hospitais públicos, em suas experiências iniciais e que serviram de parâmetro para as políticas públicas, como o Saúde da Família, no HCO, em Porto Alegre, e o NAMID, no HRS, surgiram como tentativas autônomas dos estabelecimentos de reduzir a procura por leitos para internação. No mesmo sentido, esses serviços se fundamentam numa maior integração do hospital com o restante da rede de atenção à saúde e, em muitos casos, com outros serviços sociais. Dessa forma, o hospital consegue estabelecer parcerias que permitem atender a muitas demandas que excedem sua capacidade. Além da ampliação do leque de serviços, os hospitais públicos têm ampliado, portanto, o escopo dos atores com que se relacionam e que passam a intervir diretamente na possibilidade de oferta do hospital. Nos termos de uma rede tecno-econômica, poderíamos afirmar que, na busca de soluções para seus problemas, os hospitais públicos têm conseguido mobilizar e envolver atores não-hospitalares.

Nos **hospitais privados integrantes do SUS**, as inovações indicam uma evolução dos serviços também com o predomínio da lógica extensiva, mas com importantes variações segundo o hospital analisado. Podemos observar, nos casos do Hospital Divina Providência (HDP) e do Hospital Banco de Olhos (HBO), o predomínio de uma lógica extensiva. Ou seja, esses hospitais têm seguido uma trajetória de evolução do seu serviço baseada na adição de serviços elementares. O contraponto dessa assertiva é justamente a constatação, no HDP, de mudanças nos serviços de atendimento pela redução de serviços na área de hotelaria. O hospital optou por reduzir a oferta de serviços, como transferência de assinatura de revistas, internet, serviços de entrega, apostando na melhoria do relacionamento com os pacientes, por meio da chamada humanização do atendimento, nos próprios serviços assistenciais. Na Santa Casa, o predomínio nas inovações identificadas é da lógica intensiva, sobretudo relacionada com a introdução de novos métodos de gestão e de programas de capacitação e treinamento. Ao mesmo tempo, a construção de um hospital novo, como pudemos analisar anteriormente, ilustra um movimento expansionista na oferta de serviços. Por esse aspecto, o comportamento evolutivo dos serviços ofertados pelo Complexo Hospitalar Santa Casa parece mais bem

representado por uma lógica de inovação combinatória, ao articular a busca de melhores resultados e a consolidação dos serviços já existentes, ao mesmo tempo em que novos serviços complementares podem ser introduzidos.

Considerado em seu conjunto, e comparado com os hospitais públicos, esse grupo de hospitais demarca o ingresso de novos atores nos processos de inovação nos serviços hospitalares. Entre eles, merecem destaque as operadoras de planos de saúde e os médicos, sendo que estes últimos se apresentam aqui sob uma nova configuração. As operadoras de planos de saúde exercem um papel fundamental na evolução desses hospitais. De um lado, para que o hospital possa ser referenciado pelo plano de saúde, é preciso que ele atenda a importantes requisitos em sua capacidade tecnológica e qualidade do atendimento, itens que exigem investimento. De outro, as operadoras exercem forte pressão para a redução dos custos, o que muitas vezes coloca os hospitais frente a duas lógicas contraditórias para a tomada de decisão. Os médicos, por sua vez, assumem nesse grupo de hospitais um papel decisivo. Se nos hospitais públicos o médico assume um papel similar ao de um empreendedor, que vislumbra novas oportunidades a partir de sua competência técnica e, muitas vezes, constitui ele próprio os novos serviços, nos hospitais privados (a mesma analogia vale para aqueles que não integram o SUS), o médico atua como um **prescritor**, no sentido de Hatchuel (1994). Ou seja, o médico é um ator fundamental no direcionamento da demanda e, nesse papel, um fator decisivo para a competitividade do hospital. Sua atuação como intermediário entre o paciente e o hospital lhe confere um forte poder de barganha para exigir investimentos por parte dos hospitais.

Ao mesmo tempo, esses hospitais possuem obrigações com o SUS e elas atuam ora como estímulo à introdução de novos serviços, ora como obstáculo. Como participantes do SUS, esses hospitais precisam desenvolver ações coerentes com as políticas públicas de saúde. Deparamo-nos aqui com atores e determinantes típicos do grupo anterior. A importância do SUS varia conforme a realidade de cada hospital privado, mas tem sido crescente quando se trata de procedimentos de alta complexidade. Nesses casos, o convênio ao SUS tem viabilizado a introdução ou a manutenção de serviços que dificilmente são financiados pelas operadoras de planos de saúde. Além disso, o SUS também pode ser uma barreira às inovações nesses hospitais, dados os valores defasados de seus repasses, o que os coloca em dificuldade concorrencial com os demais hospitais privados.

Os hospitais privados, por sua vez, apresentam a predominância da lógica combinatória. A evolução do produto hospitalar, nesse grupo, tem mostrado duas tendências. Em primeiro lugar, a necessidade de ampliar a gama de serviços ofertados. Esta ampliação da

oferta visa garantir a permanência do hospital como um prestador referenciado pelos principais planos de saúde. Ao mesmo tempo, essa oferta vai se especializando em procedimentos de alta complexidade e nos procedimentos relacionados ao apoio ao diagnóstico e terapêuticos, que muitas vezes dispensam a internação. Esses procedimentos, mais bem remunerados, compensam a tendência à redução das internações completas. Em segundo lugar, os esforços desses hospitais se voltam para a eficiência de seus processos, como forma de oferecer serviços a custos compatíveis com a capacidade de pagamento das operadoras e dos clientes individuais. Esse ponto é bem ilustrado pela proliferação de técnicas de gestão no ambiente hospitalar, procurando, sobretudo, padronizar procedimentos, desenvolver indicadores que possam orientar a gestão do hospital, mas que também constituam informação relevante nas negociações com as fontes pagadoras e com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, responsável pela regulação do setor. A Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), por exemplo, capitaneia algumas iniciativas a fim de estabelecer bases comuns de avaliação e comparação entre seus associados. Segundo relato de um de seus diretores, as dificuldades culturais para estabelecer a troca de informações entre concorrentes vêm sendo superadas e o setor começa a ter indicadores que permitem a comparação de desempenho, ao menos no que diz respeito às atividades eminentemente assistenciais.

As tendências comentadas no parágrafo anterior permitem vislumbrar os principais determinantes que envolvem os processos de inovação nos hospitais privados. Duas tendências podem ser destacadas. Por um lado, a necessidade de ofertar novos serviços, acompanhando a evolução tecnológica e os rumos da concorrência, de forma a atender às exigências dos usuários e dos médicos. Por outro, a pressão das fontes pagadoras pela redução dos custos. Esses dois movimentos se articulam numa concepção do serviço hospitalar esperado por parte de médicos, pacientes e planos de saúde e configuram as tendências de evolução do setor. No desenvolvimento das inovações, o papel dos gestores desses hospitais se mostra decisivo, sobretudo quando considerada a relação entre os instrumentos de gestão estratégica e a gestão dessas inovações.

Os **hospitais universitários** se caracterizam pela pluralidade das lógicas de inovação em curso em seu interior. Em termos de rede tecno-econômica, da RTE-hospitalar que definimos, os hospitais universitários possuem uma amplitude maior em seus pólos, envolvendo a pesquisa médica e farmacêutica em níveis mais básicos do que os eventualmente verificados em outros hospitais, e todos os elementos técnicos, regulatórios e de utilização que se apresentam também nos demais grupos de hospitais analisados. Nesse

contexto, a lógica extensiva parece associada com novos serviços que resultam da pesquisa e também de investimentos públicos, como na construção de novas emergências. As inovações em gestão, adoção de protocolos e novas formas de organização de serviços, como lavanderia e nutrição, apontam, por sua vez, para movimentos identificados com a lógica intensiva. De acordo com a perspectiva da decomposição funcional, os hospitais universitários evoluem segundo uma lógica de inovação combinatória.

No entanto, a análise dos atores e dos determinantes das inovações nos faz rever, em boa medida, a conveniência de tratar esse grupo de forma distinta. Em relação aos atores identificados nos demais grupos de hospitais descritos, os processos de inovação nos hospitais universitários apresentam a presença direta do ensino e da pesquisa em processos de inovação. A influência dessas atividades faz com que inovações baseadas no desenvolvimento de novos conhecimentos codificados sejam identificadas nesse grupo de hospitais. No entanto, o papel do sistema de financiamento dos serviços de saúde se mostra mais uma vez decisivo no rumo das inovações. Isso se evidencia pelo comportamento próximo ao dos hospitais públicos, no caso do HUB, e do comportamento do HCL e do HLU, similar ao dos hospitais privados conveniados ao SUS que convivem com dois mecanismos de remuneração: o SUS e o sistema de saúde suplementar.

A dinâmica dos hospitais brasileiros, considerada numa perspectiva de rede tecno-econômica (RTE), demonstra diferentes padrões de evolução da oferta de serviços e, ao mesmo tempo, graus diferentes de complexidade nas relações de serviço de acordo com os hospitais considerados. Se é verdade que a atividade-fim do hospital, a assistência médica, possui os mesmos princípios técnicos e deontológicos, as características da evolução do serviço hospitalar nos hospitais brasileiros mostram peculiaridade de acordo com os atores que participam da relação de serviço direta (operacionalmente) e indiretamente (dimensão socioeconômica). Uma análise em termos dos pólos de uma RTE-hospitalar, tal qual propusemos, mostra que, se os pólos se mantêm seja qual for o grupo de hospital considerado, os atores que intervêm em cada pólo, a forma como intervêm e os impactos disso na expansão da rede, a própria definição das características que compõem o serviço, são decisivamente influenciados pelo contexto de cada relação de serviço.

6.3.2 A dinâmica da inovação nos hospitais franceses

Para análise da dinâmica da inovação nos hospitais franceses, valemo-nos da classificação prevista na legislação francesa entre hospitais públicos e hospitais privados

(seção 5.2.2), bem como da distinção, no caso destes últimos, entre os hospitais que participam e os que não participam do serviço público hospitalar. Em função de nossa amostra contemplar apenas um hospital participante do serviço público, este será analisado juntamente com os hospitais privados; sua característica será destacada no momento propício. Sendo assim, valendo-nos da mesma decomposição funcional (quadro 3) que permitiu a identificação das operações de serviço mobilizadas em cada caso de inovação (seção 6.2), passamos ao exame do que estamos definindo como dinâmica, ao combinarmos as lógicas de inovação identificadas (nos termos definidos no capítulo 4) com os atores e os determinantes das inovações. Dessa forma, tal como viemos de sustentar no caso brasileiro, podemos apreciar a evolução das relações de serviço na prestação de serviços hospitalares na França, mobilizando, sob o *framework* da rede tecno-econômica, mais propriamente em sua aplicação ao caso desses serviços (RTE-hospitalar), suas dimensões operacional e socioeconômica.

No que diz respeito às lógicas de inovação, os **hospitais públicos** analisados apresentaram um rigoroso equilíbrio entre inovações baseadas na introdução de novos serviços elementares (lógica extensiva) e inovações resultantes em mudanças nas operações de serviço, mas com manutenção dos serviços elementares já existentes (lógica intensiva). No primeiro caso, temos uma expansão da RTE-hospitalar, no segundo temos uma mudança nessa rede que, em geral, implica a alteração dos intermediários (equipamentos, informações, métodos, relações) que circulam entre os pólos da rede. A chamada lógica regressiva, que significaria a redução de serviços elementares, ou o encurtamento da rede, não foi verificada em nenhum dos casos analisados. O equilíbrio entre inovações que ampliam a oferta de serviços e inovações que transformam os serviços existentes nos permite qualificar a evolução dos serviços hospitalares, nos hospitais públicos franceses, no que Djellal et al (2004) denominam lógica de inovação combinatória.

Uma característica importante neste movimento das relações de serviço dos serviços hospitalares franceses é a sua horizontalidade. Em outras palavras, o que podemos constatar é que os casos de inovação relacionados com a oferta de um novo serviço envolvem, em grande medida, parcerias entre os hospitais públicos e os demais atores do sistema de atenção à saúde, como médicos liberais e hospitais privados, mas também com atores ligados aos serviços de assistência social dos municípios.

Este movimento de parcerias não encobre, no entanto, o peso fundamental das autoridades públicas no impulso dos processos de inovação. As possibilidades de cooperação tão amplas estão explicitamente relacionadas com as novas formas de organização previstas nas recentes reformas do sistema hospitalar francês. É o caso das redes de saúde, uma

experimentação de uma nova forma de atendimento, contínuo e alternativo à hospitalização, que, além de um marco legal próprio, possui dotações orçamentárias específicas, que estimulam a adesão dos hospitais, escapando, inclusive, aos rigores da Tarificação por Atividade (T2A). No mesmo sentido, a possibilidade de que os Grupamentos de Cooperação Sanitária (GCS) passem a ser utilizados para selar cooperações público/privadas, em estruturas nas quais é permitido, inclusive, possuir pessoal próprio, está no cerne de um conjunto de novas especialidades ofertadas, sobretudo pelos centros hospitalares.

A influência das autoridades e das políticas públicas, no entanto, não se dá somente pela promulgação de normas ou pelo financiamento das atividades. Evidentemente que essas ações são determinantes em muitos casos, mas o papel das autoridades públicas, sobretudo a partir da criação das Agências Regionais de Hospitalização (ARH), vai muito além. A agência é responsável pelo planejamento regional da oferta sanitária. Isso significa que o *mix* de serviços de saúde em uma região, ou bacia de vida, como denomina a legislação, e a sua distribuição nos estabelecimentos de saúde são uma decisão da ARH. Como mencionamos ao descrever a organização dos serviços hospitalares franceses, mesmo o projeto de estabelecimento, instrumento formal no qual o hospital deve expor seu planejamento estratégico, inclusive os novos serviços que pretende ofertar, precisa ser aprovado pela ARH. No quadro do sistema de financiamento por dotação global, ainda em vigor, mas gradativamente sendo substituído pela T2A, esse projeto é acompanhado por um contrato de objetivos e meios. A introdução de novos equipamentos é um exemplo desse papel da ARH. Somente com a autorização desta um hospital pode adquirir equipamentos “pesados”, como os voltados para tomografia computadorizada. Esse quadro, por sinal, é idêntico no caso dos hospitais privados. Logo, o fato de a Agência Regional de Hospitalização ser a responsável por discutir, negociar e aprovar os projetos de estabelecimento, ou seja, o conjunto dos serviços que o hospital pretende ofertar, coloca as autoridades públicas, e em especial as direções das ARH, como atores fundamentais nos processos de inovação.

Os funcionários dos hospitais também estão na origem de muitas inovações. O corpo administrativo, por exemplo, é responsável pela introdução de inovações organizacionais, notadamente novos métodos de gestão. Foi o caso, constatamos, da introdução da organização por clínicas e dos processos de contratualização interna, em que o CHRU de Lille assumiu um pioneirismo nacional. O corpo assistencial, por sua vez, é responsável pela expansão de muitas atividades, sobretudo pela introdução de novas especialidades. O caso do CHRU, por sua vinculação universitária, é exemplar nesse aspecto. As pesquisas desenvolvidas, tanto com novos medicamentos como no desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico ou de

tratamento, estão na base de muitos serviços de excelência do hospital. Esta passagem do conhecimento científico às aplicações denota a extensão da RTE-hospitalar que se forma em torno dos hospitais universitários. Mas não só. O planejamento regional e o estímulo às parcerias atua aqui, mais uma vez, no sentido de difundir essas inovações pela rede de atenção. Iniciativas com técnicas mais simples, por exemplo, mas jamais utilizadas, como métodos de diagnóstico precoce de problemas de surdez em recém-nascidos, são verificadas em hospitais de proximidade, invariavelmente pelo protagonismo de um ou outro profissional de saúde.

Um “novo” ator também surge nos hospitais públicos. Trata-se do diretor de hospital. A ironia não é sem razão. A organização dos hospitais públicos, e isso se mantém, faz com que o médico responsável por uma especialidade no hospital seja nomeado diretamente pelo ministro. Obviamente, a capacidade de cobrança em relação a esse profissional, por parte do diretor, é muito limitada. Mais do que isso, por lei o responsável maior pelo hospital, o presidente do Conselho de Administração, é o prefeito do município. Os efeitos desta influência política sobre as práticas de gestão nos hospitais públicos são vastamente registrados (DE KERVASDOUÉ, 2004). Embora esses aspectos da organização hospitalar pública, oriundos da história hospitalar francesa, persistam, a mudança no modelo de financiamento, da dotação global para a T2A, joga também aqui um papel fundamental. Com a T2A, o que remunera o hospital é a sua atividade. A necessidade de garantir produção, de ter informação ágil sobre os resultados, transforma radicalmente a atuação dos diretores. Um de nossos entrevistados, por exemplo, diretor de um grande hospital em um município próximo a Lille, comentou que vários de seus colegas estavam deprimidos e dispostos a deixar seus postos. Em suas palavras, “um diretor amigo meu diz que não estudou para se tornar executivo; que, se ele quisesse ser um empresário ou empreendedor, não teria se tornado diretor de hospital”. O próprio entrevistado reconhece, “antes eu passava o tempo em congressos, visitando outros hospitais, participando de cerimônias públicas; hoje, passo o dia tomando decisões e acompanhando os resultados do hospital”. Um colega dele, também diretor de um grande hospital, vizinho a Lille, comenta que, “no modelo da dotação global, recebíamos os relatórios da atividade do hospital com uma defasagem de seis meses... agora não posso mais aceitar isto”. Os diretores de hospital, sem dúvida, são novos atores que pressionam seus comandados para a melhoria contínua, mas, também, para encontrar alternativas de novas atividades.

Assim como no caso dos hospitais públicos, os **hospitais privados** apresentam um equilíbrio entre lógica extensiva e intensiva. Portanto, analisados conjuntamente, os quatro

hospitais permitem apontar a prevalência de uma lógica combinatória, ainda que contrastem substancialmente quanto ao predomínio de uma outra lógica. Em algumas situações, a análise atenta de cada hospital permite vislumbrar tendências muitas vezes opostas.

A Clínica SOS-Mains, por exemplo, vem reformulando sua oferta a partir da lógica intensiva e regressiva. A mesma característica pode ser verificada na Polyclinique du Bois. Enquanto isto, a evolução no Hospital Saint-Philibert e na Polyclinique Vauban é francamente associada a uma lógica extensiva.

No que diz respeito aos atores do processo de inovação, a maior parte dos casos identificados nos hospitais privados é atribuída às próprias equipes diretivas dos estabelecimentos. Em geral, elas se mostram conseqüência de decisões desenvolvidas a partir do planejamento estratégico dos estabelecimentos e expressas nos projetos destes. São atores relevantes, ainda, a Agência Regional de Hospitalização, os médicos e outros profissionais da área assistencial e os fabricantes de equipamentos médicos e laboratoriais.

Quanto aos determinantes, pode-se observar, assim como nos hospitais públicos, o forte direcionamento provocado pelas normas impostas pelas autoridades públicas, seja na acreditação hospitalar, seja na indução de parcerias e redes, seja, ainda, na autorização para a incorporação tecnológica. A preocupação com o sistema de tarificação por atividade e as necessidades de racionalização de processos e controle de custos também estão na fonte de muitas iniciativas. Principalmente porque, independentemente da natureza jurídica do estabelecimento, ele terá que ter uma direção capaz de enfrentar os desafios de uma empresa, que terá que financiar muitas atividades por um longo tempo.

6.3.3 Elementos para uma análise comparativa

Estabelecer uma comparação entre os casos brasileiro e francês não é uma tarefa simples. Embora a similitude nos grupos de hospitais que identificamos, com hospitais públicos e privados que se dividem em integrantes do sistema público ou não, nos dois países, a semelhança é apenas aparente. Desde o porte dos hospitais até o planejamento da oferta, passando pelos modelos de financiamento, de regulação e de gestão, o serviço hospitalar na França e no Brasil difere bastante. E isso, corroborando a discussão desenvolvida neste trabalho, tem forte relação com o estágio da RTE-hospitalar em que esses hospitais estão inseridos.

Uma análise preliminar, em termos de operação de serviço, aponta alguns paralelos interessantes. Podemos observar, por exemplo, que os hospitais públicos franceses e os

hospitais privados brasileiros não vinculados ao SUS mobilizaram operações de serviço similares nos casos analisados. Esses dois grupos mobilizam prioritariamente operações materiais e operações metodológicas, estas últimas ligadas à introdução de novos métodos de gestão. Esse comportamento parece plenamente justificado pela conformação da rede num e noutro país. No caso francês, o hospital público está gradativamente, por força da mudança no modo de financiamento, se vendo obrigado a concorrer com os demais estabelecimentos. Considerando, como podemos verificar na descrição do sistema hospitalar francês, que os usuários contribuem marginalmente com essa remuneração e que a hospitalização é uma atividade majoritariamente coberta pelo Estado, seja na rede pública, seja na rede privada, esta introdução da concorrência parece obrigar os hospitais públicos franceses a investir em novas tecnologias, a estabelecer projetos de modernização, inclusive aproveitando as linhas de financiamento do plano “Hospital 2007”. Ao mesmo tempo, a incerteza quanto à receita, agora vinculada à produção, induz ao uso de técnicas de gestão que permitam uma administração eficiente e eficaz dos recursos. Essa concorrência, orientada sobretudo para o atendimento das demandas dos segurados em planos de saúde, é o principal determinante das inovações encontradas nos hospitais privados. Ao mesmo tempo em que precisam ampliar seu leque de serviços, os hospitais privados se vêem compelidos a controlar custos, pois as operadoras de planos de saúde impõem uma forte concorrência por preço. Evoluções similares, portanto, em termos de operações de serviço, mas motivadas por relações de serviço completamente diferentes.

Paralelo idêntico pode ser articulado entre os hospitais públicos brasileiros e os hospitais privados franceses, nos quais as operações metodológicas, ligadas, agora, às especialidades médicas, e as operações relacionais, com o investimento em serviços que intensifiquem o relacionamento com os usuários, são as mais mobilizadas. Os hospitais públicos, em dificuldade com os recursos defasados do SUS e sem autonomia gerencial, procuram expandir seus serviços em busca de alternativas para as dificuldades de atender à população. Ao mesmo tempo, a iniciativa de seus médicos e demais profissionais assistenciais faz com que novos serviços surjam, como foi notório na área de medicina preventiva e hospital-dia. No caso dos hospitais privados franceses, a ampliação da oferta de serviços, sobretudo por meio de parcerias com os hospitais públicos, em geral maiores e com maior capacidade tecnológica instalada, tem permitido ofertar novas especialidades e também serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutico, gerando novas fontes de receita. Portanto, desenvolver novas formas de relacionamento, não apenas com os usuários, mas com outros estabelecimentos, tem sido uma estratégia importante para viabilizar novos serviços.

Novamente, operações de serviço similares; porém, desenvolvidas em contextos de prestação do serviço completamente diferentes.

No que diz respeito às lógicas de inovação, observamos que o predomínio da lógica extensiva só ocorre nos hospitais públicos e privados conveniados ao SUS no Brasil. Hospitais franceses e hospitais privados brasileiros apresentam lógicas de inovação combinatórias. Como vimos, no caso dos hospitais privados franceses, essa lógica precisa ser analisada individualmente para cada hospital que estudamos. Porém, nos hospitais públicos franceses e nos hospitais privados brasileiros, a lógica combinatória resulta de um equilíbrio entre introdução de novos serviços e inovações nos serviços existentes.

Do ponto de vista da composição das RTE-hospitalares, num e noutro país, entretanto, as possibilidades de paralelo se reduzem. No caso francês, as recentes reformas caminham para uma harmonização não só do financiamento, mas de toda a organização da oferta hospitalar. Hospitais públicos e privados passam a desenvolver uma concorrência baseada em qualidade, não em preço, com as mesmas condições diante da tutela. Salvo pelo porte dos hospitais públicos e, no caso dos hospitais universitários, a capacidade técnica e tecnológica superior. No caso brasileiro, a dicotomia entre SUS e sistema suplementar permanece. As diferenças nos valores da remuneração entre um e outro podem ameaçar os pilares do sistema público de saúde, sobretudo no que diz respeito à equidade do acesso. A falta de autonomia administrativa nos hospitais públicos lembra em muito a situação anterior, na França, com a dotação global. Entretanto, no Brasil há o agravante de o orçamento destinado ao hospital muitas vezes ser insuficiente mesmo para a atividade já existente.

A análise em termos da RTE permite, portanto, que os serviços hospitalares em cada país, e em cada contexto, sejam percebidos de acordo com o estágio da rede em que estejam inseridos. As relações de serviço, em suas dimensões operacional e socioeconômica, são profundamente diferentes no Brasil e na França, o que resulta em serviços hospitalares compostos por características bastante diferentes.

CONCLUSÃO DA SEGUNDA PARTE

Nesta segunda parte da tese, procuramos desenvolver uma verificação empírica da perspectiva conceitual desenvolvida inicialmente. Cabe lembrar que essa perspectiva pode ser sintetizada pela tentativa de articular uma abordagem funcional dos serviços (GADREY, 2000) com uma abordagem integradora da inovação em serviços (GALLOUJ, 1994; 2002) e que, para tanto, mobilizamos o conceito de rede tecno-econômica (CALLON, 1991).

A partir do marco conceitual, desenvolvemos sua aplicação ao caso dos serviços hospitalares. Chegamos, assim, a um modelo conceitual, ou *framework*, proposto no capítulo 4, em que a inovação nos serviços hospitalares poderia ser analisada tendo em conta a relação entre pólos de atores heterogêneos, a saber: tecno-científico, regulatório e usuário.

No capítulo seguinte, discutimos o método e os procedimentos de pesquisa para a investigação proposta. Com base nos procedimentos sugeridos por Yin (2001), apontamos a estratégia de estudo de caso como a mais adequada para o nosso objetivo de analisar a dinâmica do processo de inovação em serviços hospitalares. Como fundamento para a análise empreendida, apresentamos as principais características dos serviços hospitalares no Brasil e na França. Nesse mesmo ponto, apresentamos as principais fontes dos dados levantados e os critérios de análise.

Finalmente, mostramos os casos de inovação identificados. A apresentação se deu por grupos de hospitais, de acordo com a divisão proposta no método, que, por sua vez, teve como critério os sistemas de remuneração dos serviços. O resultado da análise dos dados levantados permite constatar que as trajetórias de evolução do serviço hospitalar nos dois países são relacionadas com a pluralidade de atores, determinantes e operações de serviço mobilizadas. Isso aponta que o modelo conceitual adotado permite lidar com a variabilidade dos serviços, sem limitar a análise do processo de inovação somente à introdução de novas tecnologias ou a uma definição reducionista do produto do serviço.

CONCLUSÃO GERAL

Esta tese procurou desenvolver e aplicar um marco conceitual para análise da dinâmica da inovação em serviços articulado a partir de três noções. Primeiro, de uma definição dos serviços baseada em lógicas de serviço (GADREY, 2000), a qual refuta o tratamento dos serviços como um setor homogêneo condicionado a uma única lógica de funcionamento. Segundo, a perspectiva de desenvolvimento de uma abordagem integradora sobre o processo de inovação em serviços (GALLOUJ, 1994; 2002), a qual articula os conceitos da teoria neo-schumpeteriana da inovação com as principais especificidades das atividades de serviços. Terceiro, a articulação desta visão integrada da inovação com a aplicação aos serviços do conceito de rede tecno-econômica (CALON, 1991) como forma de superar os limites das abordagens em termos de sistemas de inovação, sobretudo quando colocadas frente ao desafio de lidar com a variabilidade do produto do serviço.

Considerando o raciocínio desenvolvido e estabelecendo um paralelo em relação ao modelo proposto por Callon (1999) para a análise de interações estratégicas entre firmas e laboratórios, podemos assumir que as inovações corresponderiam a momentos de desestabilização das RTEs, com a emergência de novas redes. Essas redes emergentes poderiam derivar de mudanças nos atores, nos intermediários ou nas operações que os relacionam. Se consideramos as inovações como respostas ora à lógica consensual, ora à lógica conflitual em torno da definição convencional do produto do serviço, a análise de casos de inovação permite identificar a direção que vem sendo tomada pela evolução do serviço considerado, em nosso caso o hospitalar, nos termos de trajetórias convergentes ou divergentes em relação à RTE estabelecida (RÉBERIOUX, BIENCOURT; GABRIEL, 2001).

Colocadas nesses termos, a análise de casos de inovação nos hospitais brasileiros e franceses aponta a preponderância de uma lógica consensual de evolução do produto hospitalar. Ou seja, as redes emergentes que pudemos verificar tinham como foco, sobretudo, a melhor adequação possível do hospital à convenção predominante sobre o produto hospitalar. Observamos, assim, uma adequação dos hospitais aos mecanismos de coordenação das relações de serviço nas quais estão inseridos, sobretudo em relação às fontes de financiamento e regulação.

No caso dos hospitais brasileiros vinculados ao SUS, vemos a introdução de inovações voltadas a contornar as restrições financeiras do sistema e ampliar o acesso da população aos serviços. Assim, programas de assistência médica preventiva, como, por exemplo, os introduzidos pelo Hospital Conceição, em Porto Alegre, e pelo Hospital Regional de Sobradinho, no Distrito Federal, apresentam como princípio comum a formação de equipes multidisciplinares que, com visitas constantes às residências localizadas no entorno do hospital, conseguem reduzir os casos de hospitalização, apostando na prevenção. Essa opção, por sua vez, implica uma relação de serviço mais intensa, com o usuário assumindo um papel de destaque na produção do serviço e com o hospital desenvolvendo um movimento de maior abertura em direção ao conjunto da rede de assistência à saúde.

Os hospitais brasileiros que atuam exclusivamente no sistema de saúde suplementar procuram se adequar a uma relação dominada pelas operadoras de planos de saúde, financiadoras dos serviços, que demanda, por um lado, a sustentação de serviços de qualidade e, por outro, um controle eficaz dos custos. A adoção de protocolos médicos, numa tentativa de padronização dos procedimentos assistenciais, é um exemplo de inovação adequada a essa lógica. Ao mesmo tempo, o protocolo médico passaria a cumprir uma função de padronização da qualidade e de disseminador do conhecimento, permitindo uma maior interação entre os profissionais, uma vez que esses protocolos são explicitados em normas. As normas, um tipo de intermediário, nos termos de Callon (1991), incorporam à rede técnico-econômica outros atores, tais como órgãos de classe e órgãos de acreditação, os quais têm um papel fundamental na validação delas. Procedimentos desse tipo foram identificados em todos os hospitais desse grupo, bem como a adoção de normas de qualidade e a busca de certificações. Funcionando como um aval sobre os serviços prestados, as certificações são um elemento importante para a negociação com as operadoras de plano de saúde. Outro exemplo de inovação aponta um rearranjo da RTE sem a mudança nos atores da rede, mas a partir de uma nova interpretação – ou tradução – de um deles: os médicos. Na relação com as operadoras de planos de saúde, os médicos são uma peça-chave. Por lei, os hospitais brasileiros atuam com um corpo clínico aberto, ou seja, os médicos podem atuar em qualquer hospital, mesmo que não possuam qualquer vínculo empregatício, desde que o referido hospital seja conveniado à operadora do plano de saúde do paciente em tratamento. Sendo assim, fica estabelecida uma concorrência, em termos de qualidade dos serviços, para angariar a preferência dos médicos. Serviços de relacionamento com o corpo clínico, como o introduzido pelo Hospital Brasília, na capital federal, partem da concepção do médico como um cliente ou, mais precisamente, como um intermediário fundamental entre outro cliente, o plano de saúde, e o usuário final, o paciente.

Os hospitais franceses desenvolvem inovações segundo uma lógica apontada por Gadrey, ao investigar os serviços de consultoria, como “uma dialética da redução de interações ‘simples’ e do desenvolvimento de relações mais complexas” (GADREY, 1994a, p.39, tradução nossa). Essa dialética se reflete na busca da automatização de procedimentos corriqueiros e na criação de serviços que ampliem o contato com o usuário em atividades mais complexas. Podemos ilustrar o primeiro caso com a introdução de um equipamento de hotelaria no Centro Hospitalar de Valenciennes. O equipamento, que combina os serviços de telefonia, internet e TV a cabo, permite que o paciente possa adquirir jornais, revistas, realizar ligações, montar uma estação de trabalho, além de solicitar outros serviços, tudo isso com um contato mínimo com o pessoal do hospital, bastando escolher alguns comandos com o uso de um controle remoto. O mesmo equipamento permite que o médico, equipado com um teclado móvel, visite seu paciente, registre os procedimentos a serem adotados, prescreva exames e consulte resultados de exames anteriores. O equipamento é um novo intermediário na rede e permite uma alteração na sua configuração e nos comportamentos de alguns de seus atores.

Outro exemplo de rede emergente é a integração dos hospitais com os médicos liberais e outros profissionais de saúde que passam a compor o conjunto de atores envolvidos na prestação do serviço hospitalar em algumas especialidades. É o caso da REDIAB, promovida pelo Centro Hospitalar de Boulogne-sur-Mer (CHBM). Por meio da rede, todos os profissionais de saúde de Boulogne-sur-Mer podem acionar diversos especialistas e garantir o acompanhamento de pacientes crônicos de diabetes. A ampliação dos atores envolvidos no tratamento desses problemas, fez o CHBM ver reduzidas as demandas por internação. Além disso, os indicadores apontam que o enfoque preventivo, por um lado, e o acompanhamento contínuo (não restrito ao momento da internação), por outro, têm possibilitado resultados mais satisfatórios do que os tratamentos tradicionais aos quais o hospital se dedicava. Essas redes são estimuladas pelo Ministério da Saúde francês, que possui fontes de financiamento específicas para elas, o que atua como forte indutor ao engajamento dos hospitais. Tanto no caso do equipamento do pólo de hotelaria quanto na rede para o diagnóstico e o tratamento do diabetes, as inovações privilegiam o envolvimento do paciente em relações mais complexas, que envolvem sua co-participação na prestação do serviço, ao passo que serviços elementares podem ser praticamente automatizados. A lógica da qualidade e, de certa forma, uma maior integralidade da assistência, orienta essas inovações.

Como podemos observar, a partir de alguns exemplos dos casos analisados, o uso da RTE como uma representação do serviço hospitalar permite vincular as diferentes concepções do serviço com os atores que se associam na sua configuração. Além disso, as lógicas de

inovação preponderantes nos serviços hospitalares brasileiro e francês parecem convergir para a concepção de serviço preponderante, o qual varia de acordo com as características de um e outro sistema de saúde. Essas duas constatações parecem coerentes com a tese que expusemos.

Tal assertiva não isenta o estudo de limitações. De uma parte, como discutido no capítulo 5, a estratégia de pesquisa adotada teve como pressuposto o reconhecimento da capacidade dos sujeitos da pesquisa de descreverem os processos de inovação e de não ocultarem esses processos, ao menos não intencionalmente. Ainda que outras fontes de evidência tenham sido mobilizadas para reduzir os riscos desse procedimento, não podemos desconhecer que casos de inovação podem ter sido subestimados ou que, em algumas situações, os informantes possam ter estrategicamente buscado induzir o investigador para um ou outro caso. Além disso, a estratégia comparativa desenvolvida esbarrou, em determinados momentos, nas diferenças sistêmicas entre a realidade brasileira e francesa, que se faz notar, em muitos momentos, na análise do serviço hospitalar. Novamente, a estratégia de pesquisa procurou neutralizar estes problemas, desta feita ressaltando o caráter convencional do produto do serviço e, portanto, seu imbricamento socioeconômico, adotando a prática comparativista de contemplar igualmente similitudes e diferenças. Finalmente, do ponto de vista metodológico, a análise dos processos de inovação requer a consideração da variável tempo. Neste sentido, a identificação das trajetórias de inovação percorridas pelos hospitais foi limitada pelos prazos da investigação. Mais uma vez, o uso de uma técnica, a entrevista narrativa, buscou superar esta dificuldade, mesmo que limitações tenham persistido.

De um ponto de vista geral, a contribuição da noção de rede tecno-econômica, e dos pressupostos da Actor-Network Theory que lhe embasam, parecem complementar os esforços no sentido de uma teoria da inovação integrada, capaz de lidar, sob o mesmo marco conceitual, com as especificidades do processo de inovação na indústria e nos serviços, assim como nas atividades em que estes setores estão imbricados. Os limites da definição do produto, evocados correntemente na análise dos serviços, se mostram transponíveis a partir de uma abordagem que considera o caráter convencional de sua definição. As dificuldades das análises em termos de sistemas de inovação, sobretudo no contexto de uma rigidez setorial, são transpostas por uma abordagem que, por intermédio do princípio da associação, permite que a análise flua de um nível a outro sem que hipóteses precisem ser relaxadas. Estas perspectivas emergem da pesquisa desenvolvida e merecem, sem dúvida, ser objeto de futuras investigações.

REFERÊNCIAS

AMANTINO-de-ANDRADE, Jackeline. Actor-network theory (ANT): uma tradução para compreender o relacional e o estrutural nas redes interorganizacionais? **Cadernos Ebape.BR**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.1-14, jul. 2004. Disponível em : < http://www.ebape.fgv.br/cadernosebape/asp/dsp_texto_completo.asp?cd_pi=275160>. Acesso em: 15 jul. 2005.

AMBLARD, Henri et al. **Les nouvelles approches sociologiques des organisations**. 3. ed. Paris: Editions du Seuil, 2005.

AUDRIC, Sophie; BUISSON, Guillemette. La spécialisation des établissements de santé en 2002. **Etudes et Résultats**: DREES, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris, n.374, p.1-12, févr. 2005.

AUDRIC, Sophie et al. L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle. **Etudes et Résultats**: DREES, Ministère de la Santé et des Solidarités, n.382, p.1-12, mars 2005.

BAHIA, Ligia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo. **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas: Instituto de Economia – Unicamp, 2001.

BARCET, André; BONAMY, Joël. Eléments pour une théorie de l'intégration biens/services. **Economies et Sociétés**: Série Economie et Gestion des Services, n.1. p.197-220, 1999.

_____. Qualité et qualifications des services. In: DE BANDT, Jacques; GADREY, Jean (dir). **Relations de service, marchés de services**. Paris: CNRS Editions. 1994. p.23-42.

BARRAS, Richard. Interactive innovation in financial and business services: the vanguard of the service revolution. **Research Policy**, v.19, p.215-237, 1990.

_____. Towards a theory of innovation in services. **Research Policy**, v.15, p.161-173, 1986.

BATIFOULIER, Philippe (dir). **Théorie des Conventions**. Paris: Economica, 2001.

BATIFOULIER, Philippe; THEVENON, Olivier. Interprétation et fondement conventionnel des règles. In : BATIFOULIER, Philippe (dir). **Théorie des Conventions**. Paris: Economica, 2001. p.219-252.

BELL, Daniel. **The coming of post-industrial society**. New York: Basic Books, 1973.

BIENCOURT, Olivier; CHASERANT, Camille; REBERIOUX, Anoine. L'Economie des conventions : l'affirmation d'un programme de recherche. In : BATIFOULIER, Philippe (dir). **Théorie des Conventions**. Paris: Economica, 2001.

BOJE, David M. Narrative methods for organizational and communication research. Londres: Sage, 2001.

BOLTANSKI, Luc ; THEVENOT, Laurent. **De la justification. Les économies de la grandeur**. Paris: Gallimard, 1991.

BONAFINI, Pascal ; RENAULT-TESSON, Corinne. Le management des hôpitaux français: palliatif ou curatif? **Management International**, , v.9, n.1, p.1-11, 2004.

BONNICI, Bernard. **La politique de santé en France**. 3. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **Les structures sociales de l'économie**. Paris: Editions du Seuil, 2000.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Orçamentárias das Políticas de Saúde**, 2005a. Disponível em www.portalsaude.gov.br. Acesso em: 15 fev. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**, Brasília, 2005b. Disponível em: <www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 fev. 2005.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Entenda o setor**, Brasília, 2005c. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 21 fev. 2005.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. 37. ed. São Paulo: Saraiva, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Suplemento Saúde**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 15 jul. 2006.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatística da Saúde: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária**, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2004.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Suplemento Saúde**, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 15 jul. 2006.

BRESSAND, Albert; NICOLAÏDIS, Kalypso. Les services au cœur de l'économie relationnelle. **Revue d'Économie Industrielle**, n.43, p.141-163, 1988.

BUISSON, Guillemette et al. L'activité des établissements de santé en 2001 en hospitalisation complète et partielle. **Études et Résultats: DREES**, Ministère de la Santé et des Solidarités, n.238, p.1-12, mai 2003.

BUISSON, Guillemette; CARRASCO, Valérie; COLDEFY, Magali. L'activité des établissements de santé en 2002 en hospitalisation complète et partielle. **Etudes et Résultats: DREES**, Ministère de la Santé et des Solidarités, n. 310, p.1-12, mai 2004.

CAILLET, René; CRIÉ, Dominique. Organisation par pôles de l'hôpital public: réflexions pour l'hôpital 2007. **Gestions Hospitalières**, p.596-602, oct. 2004.

CAILLET, René; MAQUET, Nicolas; BOSSU, Patrick. Un GCS public/privé opérationnel depuis cinq ans: l'unité de chirurgie cardiaque de l'Artois. **Gestion Hospitalières**, p.695-698, nov. 2004.

CALLON, Michel. Le réseau comme forme émergente et comme modalité de coordination: les cas des interactions stratégiques entre firmes industrielles et laboratoires académiques. In: CALLON, Michel et al. **Réseau et coordination**. Paris: Economica, 1999. p. 13-64.

_____. Réseaux technico-économiques et irréversibilités. In: BOYER, Robert; CHAVANCE, Bernard; GODARD, Olivier (ed). **Les figures de l'irréversibilité en Economie**. Paris: Editions de L'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1991. p. 194-230.

_____. (ed). La science et ses réseaux: genèse et circulation des faits scientifiques. Paris : La Découverte, 1989.

_____. Some elements of a sociology of translation: domestication of scallops and the fishermen of St Brieuc's Bay. In: LAW, John. **Power, Action and Belief: a new sociology of knowledge?** London: Routledge & Kegan Paul. 1986. p.196-233.

CALLON, Michel et al. **Réseau et coordination**. Paris: Economica, 1999.

CALLON, Michel; MÉADEL, Cécile; RABEHARISOA, Vololona. The economy of qualities. **Economy and Society**, v.31, n.2, p.194-217, 2002.

CARLSSON, Bo et al. Innovation systems: analytical and methodological issues. **Research Policy**, v.31, p.233-245, 2002.

CARRASCO, Valérie et al. L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle. **Etudes et Résultats: DREES**, Ministère de la Santé et des Solidarités, n.456, p.1-12, déc. 2005.

CASTELAR, Rosa Maria. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor (dir). **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Coopération France-Brésil. Rennes: ENSP Éditeur. 1993. p.38-49, .

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo, Xamã, 1996.

CLAVERANNE, Jean-Pierre; PASCAL, Christophe; PIOVESAN, David. Singularité de la clinique privée : du légo au réseau. In: AMOUROUS, Charles (dir). **Que faire de l'hôpital?** Paris: L'Hartmann, 2004. p.321-350.

CORIAT, Benjamin., DOSI, Giovanni. Learning how to govern and learning how to solve problems. **Working Paper IIASA**, n.6, 1995.

_____. The nature and accumulation of organizational competences/capabilities. **Revista Brasileira de Inovação**, v.1, n.2., p.275-326, 2002.

CORIAT, Benjamin; WEINSTEIN, Olivier. Organizations, firms and institutions in the generation of innovation. **Research Policy**, v.31, p.279-290, 2002.

COUANAU, René. L'organisation interne de l'hôpital. **Rapport d'Information**, n. 714. Paris: Assemblée Nationale, 2003.

COURRÈGES, Cécile. Les difficultés de l'assurance maladie. **Régards sur l'actualité**: La Documentation Française, n.304, p.5-16, oct. 2004.

CREMADEZ, Michel. **Le management stratégique hospitalier**. Paris: Interéditions, 1992.

CURIEN, Nicolas. Coordination et réseaux: de l'interconnexion à l'intermédiation. In : CALLON, Michel et alii. **Réseau et coordination**. Paris: Economica, 1999. p.133-151.

CZARNIAWSKA, Barbara. **Narratives in Social Science Research**. Londres: Sage, 2004.

_____. Narrating the organization: dramas of institutional identity. Chicago: The University of Chicago Press, 1997.

CZARNIAWSKA, Barbara; HERNES, Tor (ed). **Actor-Network Theory and Organizing**. Malmö: Liber & Copenhagen Business School Press, 2005.

CZARNIAWSKA, Barbara; WOLFF, Rolf. Constructing new identities in established organization fields. **International Studies of Management & Organization**, v.28, n.3, p. 32-56, 1998.

DE BANDT, Jacques; GADREY, Jean (dir). **Relations de service, marchés de services**. Paris: CNRS Editions, 1994.

DE KERVASDOUÉ, Jean. **L'hôpital**. Paris: Presses Universitaires de France, 2004.

DELAUNAY, Jean-Claude. Capital and other inputs in the production of services: what impact on service relationships? **International Journal of Service Industry Management**, v.10, n.2, p.157-170, 1999.

DELAUNAY, Jean-Claude; GADREY, Jean. **Les enjeux de la société de service**. Paris: Presses de la Fondation National des Sciences Politiques, 1987.

D'INTIGNANO, Béatrice Majnoni. L'organisation du système de santé. **Cahiers Français**: La Documentation Française, Paris, n. 324, p.39-45, 2004a.

D'INTIGNANO, Béatrice Majnoni. **Santé et économie en Europe**. Paris: Presses Universitaires de France, 2004b.

DJELLAL, Faridah. La diversité des trajectoires d'innovation. **Revue Française de Gestion**, mars-avril-mai, p.84-93, 2001.

DJELLAL, Faridah et al. **L'hôpital innovateur**: de l'innovation médical à l'innovation de service. Paris: Masson, 2004.

DJELLAL, Faridah ; GALLOUJ, Faïz. Mapping innovation dynamics in hospitals. **Research Policy**, v. 34, p.817-835, 2005.

_____. Le “casse-tête” de la mesure de l’innovation dans les services: enquête sur les enquêtes. **Revue d’économie industrielle**, n.93, 2000.

DOBBIN, Frank (ed). **The new economic sociology: a reader**. Princeton: Princeton University Press, 2004.

DOGIMONT, Renaud. Groupement de coopération sanitaire: transcriptions juridiques d’incertitudes politiques. **Gestion Hospitalières**, p.12-17, janv. 2004.

DOMIN, Jean-Paul. Le management est-il soluble dans l’organisation hospitalière? Une réflexion sur le plan Hôpital 2007. **Gestion Hospitalières**, p.670-674, nov. 2003.

DOSI, Giovanni. Technological paradigms and technological trajectories. **Research Policy**, v.11, p.147-162, 1982.

_____. Sources, procedures, and microeconomic effects of innovation. **Journal of Economic Literature**, v. XXVI, n.3, p.1120-1171, 1988.

DREJER, Anders. Situations for innovation model: towards a contingency model. **European Journal of Innovation Management**, v.5, n.1, p.4-17, 2002.

DREJER, Ina. Identifying innovation in surveys of services: a schumpeterian perspective. **Research Policy**, v.33, p.551-562, 2004.

_____. A schumpeterian perspective on services innovation. **DRUID Working Paper**, n.9, 2002a.

_____. Business services as a production factor. **Economic Systems Research**, v.14, n.4, p.389-406, 2002b.

EDVARDSSON, Bo; HAGLUND, Lars; MATTSSON, Jan. Analysis, planning, improvisation and control in the development of new services. **International Journal of Service Industry Management**, v.6, n.2, p.24-35, 1995.

EIGLIER, Pierre; LANGEARD, Éric. **Servuction: le marketing de services**. Paris: Mc Graw-Hill, 1987.

EXPERT, Patrick. Tarification à l’activité: gestion et contractualisation internes. **Gestion Hospitalières**, janeiro, p.18-21, janv. 2004.

EYMARD-DUVERNAY, François (dir). **L’économie des conventions: méthodes et résultats**. Tomos I e II. Paris: La Découverte, 2006.

_____. **Économie politique de l’entreprise**. Paris: La Découverte, 2004.

_____. Coordination des échanges par l’entreprise et qualité de biens. In: ORLEAN, André. **Analyse économique des conventions**. 2. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. p.331-358.

FENINA, Annie; GEFFROY, Yves. Les comptes nationaux de la santé en 2005. **Etudes et Résultats**: DREES, Ministère de la Santé et des Solidarités, n.505, p.1-8, juil. 2006.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

_____. Entrevista episódica. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (ed). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005. p.114-136.

FREEMAN, Christopher. Japan: a new national system of innovation. In: DOSI, G. et al (Eds). **Technical change and economic theory**. London: Printer Publishers, 1988. p.330-348.

_____(1987). **Technology policy and economic performance**: lessons from Japan. London: Pinter Publishers.

_____. The "National Innovation System" in a historical perspective. **Cambridge Journal of Economics**, v.19, n.1, p.5-24, 1995.

FREEMAN, Christopher.; PEREZ, Carlota. Structural crises of adjustment: business cycles and investment behaviour. In: DOSI, G. et al (Eds). **Technical change and economic theory**. London: Printer Publishers, 1988. p.38-66.

FROEHLE, Craig et al. Antecedents of new service development effectiveness: an exploratory examination of strategic operations choices. **Journal of Service Research**, v. 3, n.1, p.3-17, 2000.

GADREY, Jean. **Socio-économie des services**. 3. ed. Paris: La Découverte, 2003.

_____. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In: SALERNO, Mario Sergio (org). **Relação de Serviço: produção e avaliação**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2001. p.23-65.

_____. The characterisation of goods and services: an alternative approach. **Review of Income and Wealth**, Series 46, n. 3, p.369-387, 2000.

_____. Les relations de service dans le secteur marchand. In: DE BANDT, Jacques ; GADREY, Jean (dir) (1994). **Relations de service, marchés de services**. Paris : CNRS Editions, 1994a. p.23-42.

_____. Relations, contrats et conventions de service. In: DE BANDT, Jacques ; GADREY, Jean (dir) (1994). **Relations de service, marchés de services**. Paris: CNRS Editions, 1994b. p.123-152.

_____. Le service n'est pas un produit: quelques implications pour l'analyse économique et pour la gestion. **Politiques et Management Public**, v.9, n.1, p.1-24, 1991.

_____. Rethinking output in services. **The Service Industries Journal**, v.8, n.1, p.67-76, 1988.

_____. The double dynamics of services. **The Service Industries Journal**, v.7, n.4., p.125-138, 1988.

GADREY, Jean; GALLOUJ, Faïz. The provider-customer interface in business and professional services. **The Service Industries Journal**, v.18, n.2, p.1-15, 1998.

GADREY, Jean; GALLOUJ, Faïz; WEINSTEIN, Olivier. New modes of innovation: how services benefit industry. **International Journal of Service Management**, v.6, n.3, p.4-16, 1995.

GADREY, Jean; ZARIFIAN, Philippe. **L'émergence d'un modèle du service: enjeux et réalités**. Paris: Liaisons, 2002.

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

_____. L'innovation interactionnelle: un modèle neoschumpeterien. In: DJELLAL, Faridah ; GALLOUJ, Faïz (eds). **Nouvelle économie des services et innovation**. Dunkerque: Innoval, 2002b.

_____. Les trajectoires de l'innovation dans les services: vers un enrichissement des taxonomies évolutionnistes. **Économies et Sociétés**, Série Économie et Gestion des Services. n.1, p.146-169, 1999.

_____. Innovating in reverse and the attendant myths. **SI4S Topical paper**, n.1, 1998a.

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

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

_____. **Innovation dans les services**. Paris: L'Harmattan, 1994.

GALLOUJ, Faïz; WEINSTEIN, Olivier. Innovation in Services. **Research Policy**, v.26, p.537-556, 1997.

GALLOUJ, Faïz ; GALLOUJ, Camal. **L'innovation dans les services**. Paris: Economica, 1996.

GEELS, Frank W.. From sectoral systems of innovation to socio-technical systems; insights about dynamics and change from sociology and institutional theory. **Research Policy**, 33, p.897-920, 2004.

GERSHUNY, Jonathan. **After industrial society?** The emerging self-service economy. Londres: Macmillian, 1978.

GRANOVETTER, Mark. Economic Action and Social Structure: the problem of embeddedness. **American Journal of Sociology**, 91, 3, p.481-511, 1985.

GREEN, Ken et al. The construction of the techno-economic: network vs paradigms. **Research Policy**, 28, p.777-792, 1999.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

HATCHUEL, Armand. Modèles de service et activité industrielle: la place de la prescription. DE BANDT, Jacques; GADREY, Jean (dir). **Relations de service, marchés de services**. Paris: CNRS Editions, 1994. p.63-84.

HAUKNES, Johan. Innovation in the service economy. **Step report**, n.7, 1996.

_____. Services in innovation – Innovation in services. **Step report**, n.13, 1998.

HENDERSON, Rebecca M.; CLARK, Kim B.. Architectural Innovation: the reconfiguration of existing product technologies and the failure of established firms. **Administrative Science Quarterly**, v. 35, p.9-30, 1990.

HERNES, Tor. The organization as a nexus of institutional macro actors: the story of a lapsed recruitment case. CZARNIAWSKA, Barbara; HERNES, Tor (ed). **Actor-Network Theory and Organizing**. Malmö: Liber & Copenhagen Business School Press, 2005.

HILL, Peter. On goods and services. **The Review of Income and Wealth**, v.4, p.315-338, Dec. 1977.

IMBERT, Jean. **Les hôpitaux en France**. 2. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1966.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUR, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (ed). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005. p.90-113.

KEEBLE, David; WILKINSON, Frank. Collective learning and knowledge development in the evolution of regional clusters of high technology SMEs in Europe. **Regional Studies**, v.33, n.4, p.295-303, 1999.

KON, Anita. **Economia de Serviços: teoria e evolução no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2004.

_____. Sobre a atividade de serviços: revendo conceitos e tipologias. **Revista de Economia Política**, v.19, n.2, 1999.

LAKSHMANAN, T.R.. Technological and institutional innovations in the service sector. In: Andersson, Ake E.; Batten, David F.; Karlsson, Charlie (Eds). **Knowledge and Industrial Organization**. Berlin: Springer-Verlag, 1989. p.63-79.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Marketing de serviços**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LATOUR, Bruno. **Reassembling the social: an introduction to Actor-Network Theory**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

_____. **A esperança de Pandora**. Bauru, SP: Editora da UNESP, 2001.

_____. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

_____. On recalling ANT. In : LAW, John; HASSARD, John (ed). **Actor-Network Theory and after**. Oxford: Blakwell Publishing, 1999. p.15-25.

_____. **Jamais fomos modernos**. São Paulo: Editora 34, 2004.

_____. The powers of association. In : LAW, John (ed). **Power, action and belief: a new sociology of knowledge?** London: Routledge & Kegan Paul, 1986. p.264-280.

LAZEGA, Emmanuel. **Réseaux sociaux et structures relationnelles**. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

LAW, John; HASSARD, John (ed). **Actor-Network Theory and after**. Oxford: Blakwell Publishing, 1999.

LAW, John (ed). **A sociology of monsters: essays on power, technology and domination**. London: Routledge Sociological Review Monograph, 1992.

LAW, John (ed). **Power, action and belief: a new sociology of knowledge?** London: Routledge & Kegan Paul, 1986.

LEE, Nick; BROWN, Steve. Otherness and the actor network: the undiscovered continent. **The American Behavioral**, may, v.37, i.6, p.772-790, 1994.

LEE, Nick ; HASSARD, John. Organization Unbound : actor-network theory, research strategy and institutional flexibility. **Organization**, v.6, n.3, p.391-404, 1999.

LE RHUN, Béatrice et al. Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2004. **Études et Résultats: DREES, Ministère de la Santé et des Solidarités**, n. 489, p.1-8, mai 2006.

LE RHUN, Béatrice; LEGENDRE, Marie-Caroline. L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2003 et 2004. **Études et Résultats: DREES, Ministère de la Santé et des Solidarités**, n. 498, p.1-8, juin 2006.

LUNDVALL, Bengt-Ake. Innovation policy in the globalizing learning economy. In: ARCHIBUGI, Daniele; LUNDVALL, Bengt-Ake (Eds). **The globalizing learning economy**. New York: Oxford University Press, 2001. p.273-291.

_____. Why study national systems and national styles of innovation? **Technology analysis & strategic management**, v.10, n.4, 1998, p.407-421.

_____(ed). **National systems of innovation: towards a theory of innovation and interactive learning**. London: Pinter Publishers, 1992.

_____. Innovation as an interactive process: from user-producer interaction to the national system of innovation. In: DOSI, G. et al (Eds). **Technical change and economic theory**. London: Printer Publishers, 1988. p.349-369.

MALERBA, Franco. Sectoral systems of innovation: basic concepts. In: MALERBA, Franco (ed). **Sectoral systems of innovation: concepts, issues and analyses of six major sectors in Europe**. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. p.9-41.

_____. Sectoral systems of innovation and production. **Research Policy**, v.31, p. 247-264, 2002.

MALERBA, Franco; ORSENIGO, Luigi. Knowledge, innovative activities and industry evolution. **Industrial and Corporate Change**, v.9, n.2, p.289-314, 2000.

MARX, Kar. **O Capital: crítica da Economia Política**. Livro 1, v.1. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

MINTZBERG, Henry. **Structure et dynamique des organizations**. Paris: Editions d'Organisation, 1982.

MIOZZO, Marcela; SOETE, Luc. Internationalization of services: a technological perspective. **Technological Forecasting and Social Change**, v.67, 159–185, 2001.

NELSON, Richard. Institutions supporting technical change in the United States. In: DOSI, G. et al (Eds). **Technical change and economic theory**. London: Printer Publishers, 1988. p.312-329.

_____. **National systems of innovation: a comparative analysis**. Oxford: Oxford University Press, 1993.

_____. Recent evolutionary theorizing about economic change. **Journal of Economic Literature**, v.33, p.48-90, 1995.

NELSON, Richard; NELSON, Katherine. Technology, institutions, and innovation systems. **Research Policy**, v.31, p.265-272, 2002.

NELSON, Richard; WINTER, Sidney. **An evolutionary theory of economic change**. Cambridge: Belknap, 1982.

PAVITT, Keith. Sectoral patterns of technical change: towards a taxonomy and theory. **Research Policy**, v.13, p.343-373, 1984.

PYKA, Andreas. Innovation networks in economics: from the incentive-based to the knowledge-based approaches. **European Journal of Innovation Management**, v.5, n.3, p.152-163, 2002.

QUINN, James Brian. The impacts of technology in the services sector. In: Guile, Bruce R.; Brooks, Harvey (Eds.). **Technology and global industry**. Washington: National Academy Press, 1987. p.119-159.

REBERIOUX, Antoine; BIENCOURT, Olivier; GABRIEL, Pascal. La dynamique des conventions entre consensus et conflit. BATIFOULIER, Philippe (dir). **Théorie des Conventions**. Paris: Economica, 2001. p.253-278.

SALAI, Robert ; STORPER, Michael. **Les mondes de production: enquête sur l'identité économique de la France**. Paris: Editions de L'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1993.

SALERNO, Mario S. (org). **Relação de serviço: produção e avaliação**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2001.

SAVIOTTI, Pier Paolo; METCALFE, J. Stanley. Present development and trends in evolutionary economics. In: SAVIOTTI, P.P.; METCALFE, J. Stanley. (eds). **Evolutionary**

theories of economic and technological change: present state and future prospects. Reading: Harwood Publishers. 1991. p.1-30.

_____. A theoretical approach to the construction of technological output indicators. **Research Policy**, v.13, n.3, p.141-151, 1984.

SCHUMPETER, Joseph. **A teoria do desenvolvimento econômico.** São Paulo: Nova Cultural, 1911 (1985).

SUNDBO, Jon. Management of innovation in services. **The Services 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, 2000.

_____. Innovation as a loosely coupled system in services. **SI4S Topical Paper**, n.4, 1998a.

_____. Innovation in services. **SI4S Synthesis Paper**, n.2, 1998b.

TANGUY, Hervé. Plan Hôpital 2007 – Construction d'établissement: éléments de contexte. **Gestions Hospitalières**, n. 420, p.689-691, nov. 2002.

TEECE, David J. Expert talent and the design of (professional services) firms. **Industrial and Corporate Change**, v.12, n.4, p.895-916, 2003.

_____. Profiting from technological innovation: implications for integration, collaboration, licensing and public policy. **Research Policy**. v.15, p.283-305, 1986.

TETHER, Bruce. Why is innovation? Approaches to distinguishing new products and processes from existing products and process. **CRIC Working Paper**, n.12, 2003.

TETHER, Bruce S., METCALFE, J. Stanley. Services and systems of innovation. In: MALERBA, Franco. **Sectoral systems of innovation: concepts, issues and analyses of six major sectors in Europe.** Cambridge: Cambridge University Press, 2004. p.287-321.

TRÉPREAU, Maurice. La loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie. **Régards sur l'actualité**, n.304, octobre, p.17-30, oct. 2004.

VARGAS, Eduardo Raupp de. **Inovação em serviços: casos de hospitais porto-alegrenses.** Dissertação (Mestrado em Administração)-PPGA/EA/UFRGS, Porto Alegre, 2002.

VIGOUR, Cécile. **La comparaison dans les Sciences Sociales: pratiques et méthodes.** Paris: La Découverte, 2005.

WILLIAMSON, Oliver E. **The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracting.** New York: The Free Press, 1985.

WOMACK, James P.; JONES, Daniel T. **A mentalidade enxuta nas empresas.** Rio de Janeiro: Campus, 1998.

YIN, Robert. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZARIFIAN, Phillipe. La valeur de service. In: GADREY, Jean; ZARIFIAN, Philippe. **L'émergence d'un modèle de service**. Paris: Liaisons, 2002a. p.92-120.

_____. Service et efficience: le rôle essentiel de la compétence. In: GADREY, Jean; ZARIFIAN, Philippe. **L'émergence d'un modèle de service**. Paris: Liaisons, 2002b. p.121-156.

_____. Valor, organização e competência na produção de serviço: esboço de um modelo de produção de serviço. In: Salerno, Mario Sergio (org). **Relação de Serviço: produção e avaliação**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2001a. p.95-149.

_____. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: Salerno, Mario Sergio (org). **Relação de Serviço: produção e avaliação**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2001b. p.67-94.

ZAWISLAK, Paulo Antônio. Uma abordagem evolucionária para a análise de casos de atividade de inovação no Brasil. **Ensaio FEE**. v.17, n.1, p.323-354, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS DIRETORES DE HOSPITAIS NO BRASIL

Parte I – Identificação do entrevistado e de sua trajetória profissional

- 1) Nome do entrevistado
- 2) Cargo
- 3) Tempo de trabalho no cargo
- 4) Tempo de trabalho no hospital
- 5) Trajetória profissional (formação, experiências, etc.)

Parte II – Caracterização geral da organização

- 1) Nome do hospital
- 2) Tipo de hospital
 - a. Natureza jurídica
 - b. Número de leitos
 - c. Orçamento e/ou faturamento
- 3) Estrutura administrativa

Parte III – Definição do produto hospitalar

- 1) Caracterização geral do hospital: serviços médicos ofertados e outros serviços disponibilizados pelo hospital
- 2) Concepção da direção sobre o produto hospitalar (considerar os serviços médicos, a gestão e também os serviços complementares): pontos fortes e principais dificuldades

Parte IV – Identificação das inovações

- 1) Descrição das inovações
 - a. Origem dos projetos
 - b. Atores engajados
 - c. Competências mobilizadas
 - d. Suportes à inovação
 - e. Processos de aprendizagem e cooperação
 - f. Duração dos processos de inovação e orçamento despendido
- 2) Freins à l'innovation
- 3) Effets de l'innovation

Parte V – Envolvimento dos atores institucionais

- 1) Ministério da Saúde

- 2) Secretaria da Saúde
- 3) Atores políticos (prefeituras, Secretarias de Saúde, governos estaduais)
- 4) Legislação
- 5) Federações, sindicatos, Conselhos de Saúde

Parte VI – Tendências/Perspectivas/Barreiras à inovação

- 1) Percepção sobre a evolução das inovações identificadas
- 2) Percepção sobre a evolução do produto hospitalar
- 3) Exemplos de inovações em outros hospitais (se houver, demandar contato)
- 4) Quem encontrar no próprio hospital para falar sobre as inovações identificadas?
- 5) Haveria possibilidade de uma nova entrevista ao final do trabalho para confirmação/revisão dos dados?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS DIRETORES DE HOSPITAIS NA FRANÇA

Partie I – Identification de l'interviewé et de son parcours professionnel

- 1) Nom de l'interviewé
- 2) Poste
- 3) Temps de travail dans ce poste
- 4) Temps de travail dans l'hôpital
- 5) Parcours Professionnel (formation, expériences passées, etc.)

Partie II – Caractérisation de l'Organisation

- 1) Type d'hôpital
 - a. Status juridique
 - b. Lits
 - c. Budget
- 2) Structure administrative

Partie III – Définition du produit hospitalière

- 1) Des services médicaux qui sont offerts
- 2) Des autres services mis à disposition pour l'hôpital
- 3) Points forts et principales difficultés des services offerts par l'hôpital
- 4) Conception de la direction sur le produit hospitalière (envisager les services médicaux, la gestion, mais aussi les services complémentaires)

Partie IV – Identification des innovations

- 4) Description des innovations
 - a. Origine des projets
 - b. Acteurs engagés
 - c. Compétences mobilisées
 - d. Supports de l'innovation
 - e. Processus de apprentissage et de coopération
 - f. Durée des processus et budget dépensé

- 5) Freins à l'innovation
- 6) Effets de l'innovation

Partie V – Engagement des acteurs extérieurs

- 1) De rôle d'industrie (bio-pharmacologique et des équipements médicaux)
- 2) De rôle du enseignement et da recherche
- 3) De rôle des usagers
- 4) De rôle des acteurs institutionnels
 - a. ARH
 - b. Ministère de la Santé et Solidarités
 - c. Mairie / Department/ Acteurs politiques
 - d. Législation
 - e. Perspectives au sein du plan « Hôpital 2007 »
- 5) De rôle du reseau de soins
 - a. Mairie/médecins de ville
 - b. Médecins liberaaux

Partie VI – Tendences/perspectives de l'évolution du secteur

- 1) Perception sur l'évolution des innovations identifiées
- 2) Perception sur l'évolution du produit hospitalier

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTES DE ATORES INSTITUCIONAIS NO BRASIL

Parte I – Identificação do entrevistado e de sua trajetória profissional

- 1) Nome do entrevistado
- 2) Cargo
- 3) Tempo de trabalho nesse cargo
- 4) Tempo de trabalho no hospital
- 5) Trajetória profissional (formação, experiência, etc.)

Parte II – Caracterização da organização

- 1) Natureza jurídica da organização
- 2) Objetivos prioritários
- 3) Estrutura administrativa

Parte III – Definição do produto hospitalar

- 1) Organizações vinculadas
- 2) Características principais dos serviços ofertados na região de inserção do ator considerado (pontos fortes e necessidades)
- 3) Concepção sobre o produto hospitalar (considerar os serviços médicos, administrativos e também os serviços complementares)

Parte IV – Identificação das inovações – Evolução do serviço hospitalar

- 1) Identificação das organizações mais inovadoras
- 2) Identificação de inovações
 - a. Origem dos projetos
 - b. Atores engajados
 - c. Competências mobilizadas
 - d. Suportes da inovação
 - e. Processos de aprendizagem e cooperação
 - f. Duração dos processos de inovação e orçamento despendido
- 3) Barreiras à inovação

- 4) Efeitos da inovação

Parte V – Percepção sobre outros atores

- 1) Sobre a indústria (biofarmacêutica e de equipamentos médicos)
- 2) Sobre o ensino e a pesquisa
- 3) Sobre o papel dos usuários
- 4) Sobre o papel dos atores institucionais
 - a. Ministério da Saúde
 - b. Prefeituras/Governos/Atores políticos
 - c. Legislação
 - d. Perspectivas sobre a Reforma do Sistema Hospitalar
- 5) Sobre a integração dos hospitais à rede de assistência à saúde

Parte VI – Tendências/perspectivas sobre a evolução do setor

- 1) Percepção sobre a evolução das inovações identificadas
- 2) Percepção sobre a evolução do produto hospitalar

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTES DE ATORES INSTITUCIONAIS NA FRANÇA

Partie I – Identification de l’interviewé et de son parcours professionnel

- 1) Nom de l’interviewé
- 2) Poste
- 3) Temps de travail dans ce poste
- 4) Temps de travail dans l’hôpital
- 5) Parcours Professionnel (formation, expériences passées, etc.)

Partie II – Caractérisation de l’Organisation

- 1) Statut juridique de l’organisation
- 2) Objectifs prioritaires
- 3) Structure administrative

Partie III – Définition du produit hospitalière

- 1) Organisations subordonnées
- 2) Caractéristiques principaux des services que sont offertes dans la région (points forts et besoins)
- 3) Conception sur le produit hospitalier (envisager les services médicaux, la gestion, mais aussi les services complémentaires)

Partie IV – Identification des innovations – Evolution du service hospitalier

- 1) Identifications des organisations plus innovantes
- 2) Identifications des innovations
 - a. Origine des projets
 - b. Acteurs engagés
 - c. Compétences mobilisées
 - d. Supports de l’innovation
 - e. Processus d’apprentissage et de coopération
 - f. Durée des processus et budget dépensé
- 3) Freins à l’innovation

- 4) Effets de l'innovation

Partie V – Perception sur autres acteurs

- 1) De rôle d'industrie (bio-pharmacologique et des équipements médicaux)
- 2) De rôle du enseignement et da recherche
- 3) De rôle des usagers
- 4) De rôle des acteurs institutionnels
 - a. Ministère chargé de la Santé
 - b. Mairie/Department/Acteurs politiques
 - c. Législation
 - d. Perspectives au sein du plan « Hôpital 2007 »
- 5) De rôle du reseau de soins
 - a. Mairie/médecins de ville
 - b. Médecins liberaaux

Partie VI – Tendences/perspectives de l'évolution du secteur

- 1) Perception sur l'évolution des innovations identifiées
- 2) Perception sur l'évolution du produit hospitalier

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS RESPONSÁVEIS POR PROJETOS INOVADORES NO BRASIL

Parte I – Identificação do entrevistado e de sua trajetória profissional

- 1) Nome do entrevistado
- 2) Cargo
- 3) Tempo de trabalho nesse cargo
- 4) Tempo de trabalho no hospital
- 5) Trajetória profissional (formação, experiência, etc.)

Parte II – Origem do projeto

- 1) Qual era o objetivo do projeto ?
- 2) Quem participou de identificação da necessidade do projeto?
- 3) Quem participou na definição do projeto?
- 4) Quem decidiu pelo desenvolvimento do projeto e como isso aconteceu?
- 5) Quem eram os responsáveis iniciais pelo projeto? Identificar as pessoas e os setores (ou outras organizações) nos quais elas estão engajadas

Parte III – Descrição da inovação

- 1) Definição da inovação implementada
- 2) Por que o entrevistado considera que esse projeto ocasionou uma mudança significativa nas atividades do hospital?

Parte IV – Condições de implementação da inovação

- 1) Quais são os atores envolvidos na implementação da inovação no hospital?
- 2) Você poderia identificar atores externos ao serviço em questão, ou mesmo externos ao hospital, que tenham colaborado com a implementação dessa inovação?
- 3) Quais foram as competências mobilizadas para a implementação da inovação?
- 4) A inovação envolve a aquisição de equipamentos para viabilizar os novos serviços?
- 5) A inovação envolve a necessidade de instalação de novos *softwares* (sistemas de informação)?
- 6) A inovação envolve o emprego de novos métodos de gestão?

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS RESPONSÁVEIS POR PROJETOS INOVADORES NA FRANÇA

Partie I – Identification de l'interviewé et de son parcours professionnel

- 1) Nom de l'interviewé
- 2) Poste
- 3) Temps de travail dans ce poste
- 4) Temps de travail dans l'hôpital
- 5) Parcours professionnel (formation, expériences passées, etc.)

Partie II – Origine du projet

- 1) Quel était l'objectif du projet?
- 2) Qui a participé à l'identification de la nécessité du projet?
- 3) Qui a participé à la définition du projet?
- 4) Qui a décidé sur la poursuite du projet et comment ça s'est passé?
- 5) Qui étaient les responsables initiales du projet? Identifier les personnes et les secteurs (ou autres organisations) dans lesquels elles sont engagées.

Partie III – Présentation de l'Innovation

- 1) Définition de l'innovation mise en oeuvre
- 2) Pourquoi l'interviewé envisage ce projet comme un changement significatif dans les activités de l'hôpital?

Partie IV – Conditions d'Implantation de l'Innovation

- 1) Quels sont les acteurs engagés à l'implantation de l'innovation au niveau de l'hôpital?
- 2) Pourriez-vous identifier des acteurs extérieurs au service en question ou même extérieurs à l'hôpital qui ont collaboré pour la mise en oeuvre de cette innovation?
- 3) Quelles sont les compétences mobilisées pour la mise en oeuvre de cette innovation?
- 4) L'innovation consiste en l'acquisition des équipements par l'intermédiaire de nouveaux services?
- 5) L'innovation consiste en la demande d'introduction des logiciels (systèmes d'information)?
- 6) L'innovation consiste en la demande de l'utilisation de nouvelles méthodes de gestion?