

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

INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: Casos de Hospitais Porto-Alegrenses

Eduardo Raupp de Vargas

Porto Alegre, 2002

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

INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: Casos de Hospitais Porto-Alegrenses

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

Eduardo Raupp de Vargas

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antônio Zawislak

Porto Alegre, 2002

BANCA EXAMINADORA

Presidente:

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

Examinadores:

Prof.^a Dra. Edi Madalena Fracasso (PPGA/EA/UFRGS)

Prof. Dr. Luís Felipe Machado do Nascimento (PPGA/EA/UFRGS)

Prof.^a Dra. Maria Alice Lahorgue (PPGE/FCE/UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meu agradecimento a todos os professores, colegas e amigos que, de uma forma ou de outra, colaboraram para que este trabalho se tornasse realidade. No entanto, permito-me fazer referência às pessoas que estiveram mais próximas nesta trajetória, expressando meu agradecimento e afeto especial:

- Ao Prof. Dr. Paulo Zawislak, meu orientador, que, com sua dedicação e compreensão, tem papel fundamental no cumprimento desta etapa.
- À Prof.^a Dra. Edi Madalena Fracasso, por todo carinho e apoio ao longo do meu curso.
- Ao Prof. Luís Felipe Machado do Nascimento, pelo estímulo e exemplo.
- À Prof.^a Dra. Maria Alice Lahorgue, por todo incentivo antes e durante o Mestrado.
- Aos colegas Moisés Balestro e Maria Celina Abreu de Mello, pelo apoio e companheirismo imprescindível neste processo.
- Aos meus pais, avós, irmã e filha, sempre atentos aos meus passos, mas pacientes com minhas ausências.
- À Adriana, por todo apoio.

Muito obrigado.

Eduardo.

RESUMO

A constituição de um novo paradigma tecno-econômico, denominado “economia do aprendizado”, estabelece uma nova divisão setorial da atividade produtiva, em que o setor de serviços ocupa papel preponderante em relação ao setor industrial na composição do produto agregado das principais economias desenvolvidas, bem como na geração de renda e de novos postos de trabalho. Essa relativa maior importância dos serviços, entretanto, não encontra correspondência nas análises teóricas sobre o desenvolvimento econômico, que, em geral, consideram o setor industrial como o “motor” da economia e conferem ao setor de serviços, por sua vez, um caráter residual. No que diz respeito à teoria da inovação, essa compreensão permanece representada pela abordagem tecnicista que entende a inovação em serviços como um processo de difusão de inovações tecnológicas geradas na indústria. A abordagem baseada nos serviços, em outro extremo, considera que as inovações em serviços são independentes da indústria, respondendo basicamente às demandas da relação usuário—produtor. Uma terceira abordagem, no entanto, procura analisar o processo de inovação a partir dos elementos comuns à indústria e aos serviços, reunindo variáveis que permitam uma análise integradora do processo de inovação. Frente a esse contexto, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de identificar e descrever o processo de inovação em serviços, analisando os casos de oito hospitais porto-alegrenses. Para tanto, a partir de entrevistas semi-estruturadas, identificaram-se as inovações introduzidas nesses hospitais, procurando observar a forma como agentes externos e internos interferem nesse processo, as características da gestão da inovação, bem como as principais barreiras à inovação. A análise dos casos aponta que, por um lado, essas inovações foram definidas e implementadas autonomamente pelas organizações investigadas, tendo sido estabelecidas expressamente em ferramentas de planejamento e em planos de investimento próprios. Por outro, observa-se que o conjunto das inovações decorre majoritariamente de mudanças organizacionais adaptadas e redefinidas a partir de práticas de reconhecido sucesso na indústria. Esses elementos apontam a necessidade de novos estudos, que, incorporando os elementos da especificidade dos serviços, aprofundem uma visão integrada do processo de inovação.

ABSTRACT

The formation of a new techno-economic paradigm, the so-called “learning economy”, establishes a new industrial divide within the economic activity. In this new divide, service industry plays an outstanding role in comparison with other industries in the aggregate production of the main developed economies. And yet, this fact does not seem to be reflected in the theoretical studies about economic development, such studies regard the manufacturing industry as the engine of growth and services are given very little importance. In relation to the innovation theory, this understanding remains represented by a technicist approach which sees service innovation as a sole by-product of manufacturing innovations. A service-based approach, in another extreme, claims that service innovation stand apart from manufacturing innovation, basically meeting user-producer demands. However, a third approach attempts to analyze innovation process from common elements in manufacturing as well as in services, gathering variables that allow an integrating framework of the innovation process. Due to that, this study was developed with the aim of identifying and describing innovation process in services, by analyzing eight hospitals in Porto Alegre. With the use of semi-structured interviews, innovations have been traced in these hospitals, seeking to observe how internal and external actors interfere in this process, innovation management features, as well as the main barriers to innovation. Data analysis shows that these innovations were defined and carried out independently by those organizations, with their own planning tools and own revenues. On the other hand, it has been observed that innovations stem mostly from organizational changes adapted and redefined from widely recognized successful practices in the industry. Such elements point out the need for further research, including specific features from services, to provide a more thorough view of the innovation process.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

INTRODUÇÃO.....	11
1. O SETOR DE SERVIÇOS.....	15
1.1. Delimitando o setor de serviços.....	15
1.1.1. Classificações tradicionais do setor de serviços	16
1.1.2. As especificidades dos serviços	18
1.1.3. A heterogeneidade dos serviços.....	20
1.2. Fatos e mitos: a relevância do setor de serviços	22
2. INOVAÇÃO EM SERVIÇOS	28
2.1. Tipos de inovação em serviços	31
2.2. Forças que dirigem a inovação em serviços	32
2.3. Padrões típicos da inovação em serviços	35
2.4. Sistemas de inovação e a inovação em serviços	37
2.4.1. A relação usuário—produtor e o conceito de sistemas de inovação	37
2.4.2. Sistemas de inovação em serviços como sistemas “adocráticos”	38
2.5. Tendências no processo de inovação em serviços	39
2.5.1. Alguns movimentos importantes	39
2.5.2. A natureza da gestão da inovação em serviços.....	41
2.6. A dinâmica da inovação em serviços.....	42
3. ESPECIFICIDADES DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA	43
3.1. As características econômicas da atividade de assistência médica como atividade inovadora	44
3.2. Inovação em assistência médica	44
4. MÉTODO	47
4.1. Seleção dos casos estudados	47
4.2. Coleta de evidências	49
4.3. Análise das evidências	50
5. INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: APRESENTAÇÃO DOS CASOS	51
5.1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	51
5.1.1. Identificando inovações	52
5.1.2. Relação entre as inovações e a estratégia empresarial.....	54
5.1.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação	56
5.1.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação	56
5.1.5. Barreiras à Inovação	58
5.1.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor.....	58
5.2. Hospital São Lucas	58
5.2.1. Identificando inovações	60
5.2.2. Relação entre as inovações e a estratégia empresarial.....	62
5.2.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação	62
5.2.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação	63
5.2.5. Barreiras à Inovação	63
5.2.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor.....	64

5.3. Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas	64
5.3.1. Identificando inovações	65
5.3.2. Relação entre as inovações e a estratégia empresarial.....	65
5.3.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação	66
5.3.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação	66
5.3.5. Barreiras à inovação	67
5.3.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor.....	67
5.4. Hospital Nossa Senhora da Conceição	68
5.4.1. Identificando inovações	68
5.4.2. Relação entre as inovações e a estratégia empresarial.....	69
5.4.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação	69
5.4.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação	70
5.4.5. Barreiras à inovação	71
5.4.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor.....	71
5.5. Hospital Banco de Olhos	72
5.5.1. Identificando inovações	72
5.5.2. Relações entre inovações e a estratégia empresarial.....	73
5.5.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação	74
5.5.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação	74
5.5.5. Barreiras à inovação	75
5.5.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor.....	76
5.6. Hospital Divina Providência	76
5.6.1. Identificando inovações	77
5.6.2. Relações entre inovações e a estratégia empresarial.....	78
5.6.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação	79
5.6.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação	80
5.6.5. Barreiras à inovação	83
5.6.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor.....	83
5.7. Hospital Mãe de Deus.....	84
5.7.1. Identificando inovações	84
5.7.2. Relações entre inovações e a estratégia empresarial.....	86
5.7.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação	86
5.7.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação	87
5.7.5. Barreiras à inovação	88
5.7.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor.....	88
5.8. Hospital Moinhos de Vento	89
5.8.1. Identificando inovações	89
5.8.2. Relações entre inovações e a estratégia empresarial.....	90
5.8.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação	91
5.8.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação	91
5.8.5. Barreiras à inovação	92
5.8.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor.....	92
6. INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: ANÁLISE DOS CASOS.....	94
6.1. Identificando inovações	94
6.2. Relações entre as inovações e a estratégia empresarial.....	98
6.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação	99
6.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação	100
6.5. Barreiras à inovação	102
6.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor.....	103
CONCLUSÕES	105

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Evolução das classificações do setor de serviços.....	17
Quadro 2: Conceitos atribuídos à relação usuário-produtor em serviços.....	20
Quadro 3: Tipologia dos serviços segundo a base de conhecimento requerido.....	21
Quadro 4 : Hospitais de Porto Alegre conforme a classificação estabelecida	48
Quadro 5: Hospitais selecionados como unidades de análise.....	48
Quadro 6: Blocos temáticos considerados para a coleta de evidências.....	49
Quadro 7: Classificação das inovações relatadas de acordo com a classificação de Sundbo e Gallouj (1998b).....	96
Quadro 8: Barreiras à Inovação.....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Participação (em %) do valor agregado do setor de serviços no PIB de países selecionados - 1990 e 1999.....	24
Tabela 2 – Internações e consultas no Hospital de Clínicas – 2000.....	52
Tabela 3 – Atendimentos prestados pelo Hospital São Lucas – 2000 e 2001.....	59
Tabela 4 – Tipos de pesquisas realizadas no Hospital São Lucas – 2000 e 2001.....	60
Tabela 5 – Indicadores selecionados do Hospital Banco de Olhos – 1999 a 2001.....	74
Tabela 6 – Indicadores selecionados de desempenho do Hospital Divina Providência -1998 a 2000.....	79

INTRODUÇÃO

Desde sua consolidação como modo de produção dominante, e ao longo de todo seu processo de desenvolvimento, o capitalismo apresenta uma trajetória cíclica, em que o progresso técnico associado às mudanças institucionais requeridas sempre assegurou os mecanismos necessários à retomada do crescimento e, portanto, à sua evolução. Nessa perspectiva, as décadas que finalizaram o século XX reuniram um conjunto de transformações especialmente relevantes, seja pela sua quantidade e velocidade, seja pela profundidade com que vêm estabelecendo os rumos do desenvolvimento desde então. De um ponto de vista microeconômico, os sinais dessas transformações se refletem, por exemplo, numa profunda interdependência entre a base produtiva e as contínuas descobertas científicas e tecnológicas, com uma grande valorização de ativos intangíveis, em que os investimentos necessários para a atividade inovadora são cada vez mais altos e o ciclo de vida das inovações, menos duradouro. Essas mudanças são acompanhadas por modificações na concepção da organização do trabalho e da gestão da produção. Já de um ponto de vista geral, numa perspectiva macroeconômica, se verifica um processo de globalização, caracterizado pela desregulamentação e internacionalização dos mercados, em especial os financeiros, o que altera completamente o cenário competitivo. De uma maneira crucial para todos esses desencadeamentos destaca-se, ainda, o advento das tecnologias da informação.

A reunião desses elementos permite caracterizar o surgimento de um novo paradigma em substituição ao modelo fordista, vigente até então. Em outras palavras, está se estabelecendo o conjunto de arranjos institucionais (culturais, sociais, legais, etc.), de padrões técnicos e organizacionais capazes de engendrar um novo ciclo de crescimento. Nesse ambiente altamente competitivo, no qual é marcante a velocidade das mudanças, esse novo paradigma vem sendo caracterizado, por vários autores, como o da “economia do aprendizado”. Lundvall (2001), para esclarecer essa concepção, cunha a expressão “mudança e aprendizado são duas faces da mesma moeda” (p. 273). Ou seja, num ambiente em constante mutação, em que as organizações se vêem envolvidas com situações imprevistas a todo momento, sua sobrevivência está associada

diretamente à sua capacidade de aprender e, então, a partir do conhecimento acumulado, inovar. Os conhecimentos que conformam a capacidade de aprender, por sua vez, são tácitos, idiossincráticos, não-codificados, e constituem a principal vantagem competitiva da organização na “economia do aprendizado”. Portanto, nesse paradigma, a aprendizagem constitui o principal processo, e o conhecimento tácito, o principal recurso.

Nesse contexto, consolida-se uma tendência em vista da qual as organizações procuram estabelecer-se de forma flexível, através de terceirização, estabelecimento de parcerias, contratação de alianças estratégicas, enfim, todo tipo de arranjo organizacional em que elas estejam aptas e inseridas num processo interativo (de aprendizagem), ao mesmo tempo em que fiquem focadas em suas competências centrais e não estejam envolvidas tão especificamente com determinado investimento que as impeça de mover-se de acordo com as necessidades que venham a ser impostas pelo mercado. Pode-se dizer que estes novos arranjos organizacionais, o advento das tecnologias da informação e a importância do conhecimento tácito como fonte de vantagem competitiva estabelecem, sob o paradigma da “economia do aprendizado”, oportunidade para uma compreensão diferenciada do papel do setor de serviços.

Sob o paradigma fordista, a indústria, em todo o seu vigor, era considerada o motor do crescimento econômico, ao passo que os serviços constituíam um setor residual, restrito a atividades acessórias e, principalmente, destinado à absorção de mão-de-obra desqualificada para as necessidades das fábricas. Esse panorama, no entanto, contrasta com um setor que hoje responde por cerca de dois terços do produto das principais economias desenvolvidas e se constitui na principal fonte de novos postos de trabalho. Esta transformação está associada ao novo paradigma, pelo qual há uma nova divisão setorial da atividade produtiva que confere ao setor de serviços um caráter dinâmico, compreendido como sua capacidade de inovar, de gerar aumentos na produtividade e de gerar emprego e renda, capaz de colocá-lo em um papel preponderante — ou, no mínimo, equivalente — em relação ao da indústria.

Essa relevância do setor de serviços, na verdade, pode ser debatida sobre dois enfoques distintos, embora não-contraditórios. Por um lado, sob o enfoque dos impactos que esse novo paradigma causa sobre o setor de serviços (em que se enquadrariam os novos arranjos organizacionais citados), em especial as tecnologias da informação, propiciando o surgimento de novos serviços e a melhoria da qualidade na prestação dos serviços existentes. Por outro, buscando entender o papel preponderante referido acima, analisa-se o impacto do setor de serviços nesse paradigma, compreendido como um setor que lida justamente como o

conhecimento tácito, com ativos intangíveis, com relações intensas e específicas com o usuário. Enfim, como um setor que interage ao longo de uma nova divisão setorial da atividade produtiva, como referido anteriormente, exercendo uma tarefa de difusão do conhecimento, mas, também, de construção de conhecimento novo, de inovações.

A inovação em serviços, por sua vez, tem sido um tema controverso e relativamente pouco tratado na literatura. Há dois fatores que justificam isto. Em primeiro lugar, as origens das teorias da inovação, forjadas a partir da indústria, estabelecem uma lógica de transposição dos conceitos e técnicas de análise geradas sob a lógica do paradigma “fordista” para os serviços. Assim, desconsideram, em boa parte, as características distintivas que os serviços apresentam, estabelecendo linhas de pesquisa que reduzem o estudo da inovação em serviços aos impactos da difusão de inovações industriais em seus diversos ramos. O segundo aspecto é justamente o inverso. Muitas análises consideram que as transações em serviços são tão específicas, tão peculiares, que não há geração de novos conhecimentos; há somente soluções pontuais, e isso não merece um tratamento mais aprofundado. Constituiu-se, portanto, uma lógica dicotômica: ou o bem serviços não possui peculiaridades que justifiquem um tratamento específico para o processo de inovação neste setor, ou o bem serviços é tão específico que não há como teorizar sobre inovação em sua esfera. Graças, no entanto, à crescente participação do setor de serviços na economia, em que responde por cerca de dois terços do produto interno bruto das principais economias mundiais, e à crescente valorização de ativos intangíveis, tanto por consumidores quanto por investidores, vários autores passaram a se debruçar sobre as especificidades da inovação em serviços e as possibilidades teóricas daí decorrentes.

È justamente nessa discussão que se situa o tema deste projeto de pesquisa, qual seja, o processo de inovação em serviços. Para abordá-lo, propõe-se como problema de pesquisa a questão: como transcorre o processo de inovação em serviços?

O objetivo geral deste estudo é descrever o processo de inovação em serviços em oito hospitais no município de Porto Alegre. Para tanto, os objetivos específicos são identificar os tipos de inovações introduzidas nestes hospitais e verificar quais os agentes internos e externos que interferem no processo de inovação. Além disso, avaliar a existência de algum padrão de inovação nos hospitais analisados, especialmente no que diz respeito à gestão da inovação. Como procedimento de investigação, por sua vez, optou-se pelo estudo de casos, selecionados de acordo com as diferentes naturezas institucionais dos hospitais em atividade em Porto Alegre.

Entende-se que esta proposição de pesquisa justifica-se por vários aspectos. Do ponto de vista teórico, é recorrente na literatura a consideração de que o tratamento dispensado pelas teorias da inovação ao setor de serviços, em função de sua abordagem dos serviços como uma extensão do caso manufatureiro, é inadequado. Nesse sentido, a investigação proposta aqui, embora limitada metodologicamente na possibilidade de tecer generalizações, pode enriquecer o entendimento das especificidades do processo de inovação em serviços e com isso contribuir para a discussão de uma teoria da inovação ajustada às transformações advindas da “economia do aprendizado”. Do ponto de vista prático, tendo em conta o papel central do setor de serviços na dinâmica desse novo paradigma, o entendimento do processo de inovação em serviços se constitui em elemento estratégico de alta relevância. Para as organizações investigadas, o estudo será uma contribuição para o ajuste de eventuais problemas detectados e a melhoria dos processos de inovação. Do ponto de vista das políticas públicas, o entendimento do processo de inovação em serviços pode propiciar que iniciativas voltadas ao estímulo da atividade inovadora, em geral direcionadas para o setor industrial, possam ser dirigidas ao setor de serviços. Do ponto de vista pessoal, resta ainda uma justificativa. A integração deste pesquisador à equipe que conduz o projeto “Porto Alegre – Cidade-Saúde”, coordenado pela Secretaria de Desenvolvimento Tecnológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, despertou o interesse na capacidade inovadora do setor de saúde e contribuiu na especificação deste projeto de pesquisa.

Este estudo está assim distribuído. No capítulo 1, apresenta-se uma caracterização do setor de serviços, procurando delimitá-lo e estabelecendo suas especificidades. Em seguida, no capítulo 2, apresenta-se a discussão sobre a inovação no setor de serviços. No capítulo 3, são feitas considerações sobre as especificidades da inovação em serviços de assistência médica, em que estão inseridas as atividades realizadas pelos hospitais investigados. No capítulo 4, por sua vez, são apresentados os procedimentos de investigação adotados. No capítulo 5, há o relato dos casos estudados, e, no capítulo 6, expõe-se a análise comparativa dos mesmos. Por fim, são apresentadas as conclusões deste trabalho.

1. O SETOR DE SERVIÇOS

A relevância de um estudo sobre a inovação em organizações do setor de serviços, como o que se propõe aqui, passa pela apreciação do papel que esse setor cumpre no conjunto da economia e, em especial, no processo de inovação. Historicamente, a literatura econômica como um todo — além de suas vertentes preocupadas com o processo de inovação, em especial — centrou suas análises no setor industrial manufatureiro, em que residiria o “motor” da economia. Dessa forma, ao longo de todo um processo de análise da evolução do capitalismo, um conjunto de mitos sobre o setor de serviços foi sendo constituído, versando, fundamentalmente, sobre seu caráter residual, improdutivo. A consequência desse fenômeno é a insólita incoerência que presenciamos hoje entre a realidade das principais economias desenvolvidas, nas quais o setor de serviços espelha majoritária participação, seja no produto interno bruto, seja nos postos de trabalho gerados, e a diminuta atenção teórica que ainda lhe é dispensada, em especial quando focada a questão da inovação. Dessa forma, neste primeiro momento, pretende-se caracterizar o setor de serviços, considerando suas especificidades em relação à produção de bens e à sua diversidade interna, bem como discutir quais são os fatos e quais são os mitos sobre a sua relevância, para que, a partir dessas considerações, se possa avançar para a discussão específica acerca da inovação.

1.1. Delimitando o setor de serviços

Sem desconsiderar alguns elementos já apresentados, pode-se afirmar que, em grande medida, o desencontro entre a relevância do setor de serviços e os estereótipos forjados a seu respeito deve-se à dificuldade de se estabelecer uma conceituação que reflita adequadamente a sua complexidade. Ou seja, recuperando o pensamento de Quinn (1987), uma elaboração que permita dar conta, por um lado, das idiossincrasias das atividades de serviço frente às demais atividades econômicas, agrupando-as nitidamente, e, por outro, não reduzindo o setor de serviços a um todo homogêneo, ao contrário, sendo capaz de estabelecer critérios que exibam toda a

complexidade que o envolve. A ausência de trabalhos capazes de açambarcar essas questões foi, por longo tempo, um prejuízo tanto para a discussão teórica quanto para a verificação empírica do processo de inovação em serviços. Propõe-se, nesta seção, apresentar a evolução dessa discussão e apresentar, por fim, a forma como os serviços são compreendidos e classificados neste estudo.

1.1.1. Classificações tradicionais do setor de serviços

As taxonomias mais difundidas adotam o enfoque do setor de serviços como um setor de atividades residuais em relação às demais atividades econômicas. Segundo Kon (1999, p.72), “o conceito de ‘residual’ foi adotado quando Colin Clark escreveu, em 1940, que permanece um importante resíduo, que pode ser descrito por conveniência como indústrias de serviços... tentando salientar que havia outras atividades econômicas além da agricultura e manufatura”. Observa-se, portanto, que se trata de uma visão operacional, vinculada à forma de cálculo do PIB e que resulta preponderantemente da conveniência prática em detrimento da precisão analítica.

Na tentativa de superar essa dificuldade, vários autores e alguns organismos internacionais, em especial a ONU, procuraram desenvolver classificações alternativas, ora utilizando critérios relacionados com a forma de produção dos serviços, ora considerando sua função específica e, ainda, adotando tipologias em que o parâmetro utilizado para distinguir os serviços é o mercado para o qual os mesmos são dirigidos. Mesmo assim, as dificuldades de mensuração e a incapacidade dessas proposições em captar toda a singularidade do setor de serviços, frente à manufatura e toda sua multiplicidade interna, fizeram com que muitas delas restassem sem maior novidade teórica e/ou aplicabilidade prática. Nesse último caso, destaca-se o modelo de Singer. Preocupado em realçar uma das características marcantes da atividade de serviços —a saber, a relação usuário–produtor—, focando sua classificação no mercado consumidor dos serviços, sua proposição esbarrou na indisponibilidade de dados desagregados em tal nível (Kon, 1999). Tais fatos resultaram num conjunto de tipologias, ilustradas no quadro abaixo.

Quadro 1: Evolução das classificações do setor de serviços

Classificações com base na produção	Classificações baseadas na função	Classificação baseada no consumo
Fisher-Clark (1935/40) <ul style="list-style-type: none"> •Primário (agricultura e mineração) •Secundário (manufatura) •Terciário (resíduo) 	Foote e Hatt (1953). <ul style="list-style-type: none"> •Terciário •Quaternário •Quinário 	Singer (1981) <ul style="list-style-type: none"> •Serviços às empresas •De consumo coletivo •De consumo individual
Sabolo (1975) <ul style="list-style-type: none"> •Primário •Não-primário 	ONU (1968) <ul style="list-style-type: none"> •Comércio, alojamento e alimentação •Transportes e comunicações •Atividades financeiras, bens imóveis e serviços às empresas •Serviços comunitários, sociais e pessoais 	
Fuchs (1968) <ul style="list-style-type: none"> •Agricultura •Indústria •Serviços 	Katouzian (1970) <ul style="list-style-type: none"> •Serviços complementares (financeiros, transportes, comércio) •Serviços novos (saúde, educação, entretenimento) •Serviços antigos (domésticos) 	
	Browning e Singleman (1975) <ul style="list-style-type: none"> •Serviços distributivos (transportes, comunicações, comércio) •Serviços às empresas (financeiros, profissionais) •Serviços sociais (saúde, educação, defesa) •Serviços pessoais (domésticos, hotéis, restaurantes, lazer) 	
	U.S. Department of Commerce / U.S. Census Bureau (1984) <ul style="list-style-type: none"> •Transportes, comunicações, utilidades públicas •Comércio varejista e atacadista •Financeiros, seguros e imobiliários •Serviços pessoais e às empresas 	

Fonte: Elaborado a partir de Kon (1999).

Tamanha dificuldade na construção de uma classificação ajustada ao papel dos serviços na economia contemporânea conduz autores como Castells (apud Kon, 1999) a elaborações mais ousadas, como ao afirmar que abordagens considerando divisões setoriais estariam obsoletas, uma vez que a economia seria caracterizada por atividades complexas em que produção e serviços são combinados das mais variadas formas e distingui-los não faria

sentido. Segundo Kon (1999, p.72-73), Castells reforça este entendimento ao afirmar que “não há um setor de serviços; na verdade, existe um setor de atividades que aumentou em diversidade e em especialização à medida que a sociedade evoluiu, e os serviços (especialmente os sociais e pessoais) são uma forma de absorver o excedente populacional gerado pelo aumento da produtividade na agricultura e na indústria”. Inadvertidamente — mesmo tentando estabelecer uma forma alternativa de analisar a distribuição das atividades econômicas, numa visão não-setorial, centrada nas funções desempenhadas por agentes específicos em processos comuns de produção —, ao definir o que em seu entender não seria o setor de serviços, Castells reproduz a lógica residual e o apresenta com um não-setor reflexo da economia, dependente dos movimentos da agricultura e da indústria, destinado a solucionar questões essencialmente vinculadas à absorção de mão-de-obra.

Constata-se, portanto, que as considerações teóricas e práticas mais difundidas, no intuito de estabelecer uma conceituação e uma tipologia dos serviços, guardam um distanciamento profundo daquilo que eles representam no conjunto da economia. Nesse sentido, essas conceituações seguem e reforçam a perspectiva residual dos serviços em relação aos demais setores da atividade econômica e não abrangem as especificidades que justificam a crescente importância do setor na composição das economias mais desenvolvidas. Conforme salienta Hauknes (1998), uma caracterização apropriada dos serviços requer como ponto de partida respostas a três importantes questões, até aqui em aberto: a) Quais as características que singularizam os serviços e, portanto, delineiam uma relação específica entre inovação e serviços? b) Quais os mercados atingidos pelos serviços que estamos analisando, ou, em outras palavras, esses são serviços voltados ao consumo final ou jogam um papel intermediário em alguma atividade produtiva? c) E por fim, quais os elementos ou critérios adequados para diferenciarmos um serviço de outro? Essas questões permitem estabelecer um roteiro para a composição de uma taxonomia dos serviços em direção a uma análise do processo de inovação.

1.1.2. As especificidades dos serviços

A atividade econômica pode ser compreendida como a elaboração de produtos, sejam eles bens ou serviços. No entanto, vários aspectos singularizam as atividades de serviço em relação às demais atividades econômicas e estabelecem, assim, especificidades que se manifestam, em especial, no processo de inovação em serviços.

Abordando essa questão, Miles (1996, p. 243) propôs o que denominou uma definição “positiva” dos serviços, ao referir-se aos mesmos como o “setor terciário que transforma o estado dos bens materiais, das próprias pessoas e dos símbolos (informação)”. A definição de Miles, embora ainda utilizando o consagrado termo “terciário”, que, por sua vez, tem sua origem nas análises de viés residual, como já visto, parece adequada para a abrangência das atividades que hoje o setor de serviços engloba na maioria das economias. Ele reforça, ainda, a necessidade de uma compreensão dessa abrangência, ao mesmo tempo em que se tenha em mente que o setor de serviços é constituído por uma ampla diversidade interna, um conjunto de subsetores. Rechaça, ainda, análises que associam o crescimento do setor de serviços a um processo de “desindustrialização”, postulando que os serviços precisam ser compreendidos diante de todos os desafios e potencialidades que oferecem à atividade inovadora e, portanto, ao desenvolvimento econômico.

Nesse sentido, as características que expressam as especificidades dos serviços, a partir das considerações de Sundbo e Gallouj (1998a), podem ser assim sintetizadas:

a) Elevado grau de incerteza em relação ao produto

Um serviço não pode ser completamente codificado ou formatado antes da sua execução. Nesse caso, “cada transação de serviço pode ser considerada como única, seja ela produzida sob demanda (feita sob encomenda) em interação com o cliente, ou seja, ela em resposta a um problema específico, não padronizado, num ambiente diferente” (p. 2).

b) Participação do cliente ou usuário na prestação do serviço

É recorrente na literatura o entendimento da relação usuário—produtor, ou usuário—prestador de serviço, como a mais marcante característica das atividades de serviço. Isso se deve, em grande parte, ao grau de incerteza tratado no item anterior. Em ambientes de alta incerteza, com informação assimétrica, como é o caso nessa relação, o risco de oportunismo aumenta e potencializa a necessidade de confiança entre os agentes. Conforme apontam os autores, esta questão é tão relevante no processo de inovação em serviços, que vários termos foram criados para definir essa relação específica. O quadro abaixo expõe os mais notáveis:

Quadro 2: Conceitos atribuídos à relação usuário—produtor em serviços

CONCEITO	SIGNIFICADO
Interface	Ponto de contato (físico ou virtual) entre consumidor e provedor do serviço (ou seu sistema técnico)
Interação	Trocas de informação, conhecimento e cortesias, execução de reparos/tarefas de retificação
Co-produção	Interação extensa e balanceada (essencialmente operacional)
“Servuction” (Eiglier e Langeard, 1987)	O processo de criação de um serviço pela combinação de vários elementos: o consumidor, o meio físico, o contato pessoal, o serviço, o sistema de organização interna e outros consumidores
Relações de serviços socialmente reguladas (Gadrey, 1992)	Manifestação de novas formas de regulação social dos serviços entre produtores e consumidores
Relação de Serviço (De Brandt e Gadrey, 1994)	“Modo de coordenação dos atores no lado da oferta e da demanda” por serviços ou por bens. Relações operacionais (co-produção) + relações sociais para o controle e regulação de programas de ação

Fonte: Gallouj, F.; Weinstein, O. , 1997, p. 541.

c) Dificuldade para distinção entre produto e processo na prestação de serviços

Conforme salientam os autores, é absolutamente comum na literatura a distinção entre processo e produto quando se está abordando o setor industrial, em especial o manufatureiro. Não é o caso, entretanto, para o setor de serviços. Geralmente, quando se trata de serviços há muita dificuldade para isolar produto e processo, o que significa que ao nos referirmos a “produto do serviço”, processo de elaboração do serviço, ou ainda prestação do serviço, estamos tratando do mesmo “conjunto de procedimento e protocolos”, de “um ato” (Sundbo; Gallouj, 1998a, p. 2). Em outras palavras, há um “conteúdo” do serviço (o seu produto), relacionado ao seu fim específico, e uma “forma” sob a qual os serviços são elaborados e levados até seus usuários (o seu processo), que dificilmente podem ser dissociados na percepção do cliente ou usuário.

1.1.3. A heterogeneidade dos serviços

Consideradas as características específicas dos serviços, a distinção inicial a ser feita para uma diferenciação entre os serviços, segundo Hauknes (1998), envolve sua colocação em determinada cadeia produtiva ou em determinado sistema de inovação. Dito de outra forma, consiste na verificação quanto a se determinados serviços sob análise atendem diretamente o

usuário final ou são elementos intermediários de uma atividade produtiva mais complexa, destinando-se a produtores de bens ou outros prestadores de serviço.

Uma vez estabelecida essa distinção, e no intuito de constituir um critério adequado para distinguir os vários tipos de serviços existentes, deve-se verificar aspectos relacionados com a base de conhecimento requerida para a elaboração dos mesmos. Hauknes propõe, então, uma combinação dos resultados dessas duas distinções em uma classificação que leve em conta, em suas palavras, “a complexidade da relação entre inovação e as indústrias do setor de serviços” (p. 14). Para facilitar a exposição, apresentamos um quadro-resumo da tipologia de Hauknes. A partir destas classificações básicas, Hauknes salienta a possibilidade de variações de acordo com fatores como economias de escala, surgimento de nichos de mercado, economias de escopo e complexidade de determinadas operações.

Quadro 3: Tipologia dos serviços segundo a base de conhecimento requerido

TIPO DE SERVIÇO	DESCRIÇÃO
Serviços intensivos no uso de capital	Serviços que usam tecnologias manufaturadas e bens de capital intensivamente. Incluem os serviços intensivos no uso da computação e os serviços intensivos no uso de infraestrutura. Alguns exemplos: serviços financeiros, serviços de transporte e telecomunicações.
Serviços baseados na criação e uso perceptivo de capacidades funcionais e tecnologicamente especializadas	Inclui serviços de consultoria, pesquisa e desenvolvimento (P&D), design industrial, etc.
Serviços baseados na aplicação de competências e habilidades profissionais codificadas	Inclui serviços médicos, jurídicos, contábeis e outros, nos quais geralmente há uma forte ação reguladora de organizações profissionais.
Serviços baseados em habilidades tácitas	São os chamados “serviços centrados na pessoa”. Podem ser regulados ou não. Alguns exemplos: cabeleireiros, restaurantes, estilistas, serviços de limpeza.

Fonte: Elaborado a partir de Hauknes (1998).

Miles (1996), por sua vez, apresentou uma outra proposição para diferenciar os serviços. Seu modelo avança no sentido de reunir não só o processo de elaboração do serviço, no qual está considerada a base de conhecimento discutida por Hauknes, mas também a relação com o usuário, elemento característico essencial dos serviços. Nessa primeira versão, entretanto, Miles relaciona o processo com o mercado de destino do serviço, isto é, se o serviço é fornecido a um produtor, a um consumidor final ou ao Estado. Um novo modelo por

ele proposto (Miles apud Hauknes, 1998) passa a tratar, então, da relação entre o processo de elaboração do serviço e o grau de envolvimento do usuário, a intensidade da relação usuário—produtor. Assim, o novo modelo de Miles classifica os ramos do setor de serviços em dois eixos. A saber:

“Um eixo indica a intensidade da atividade do cliente, distinguida amplamente entre alta, média e baixa intensidade do cliente. O segundo eixo é o que é facilmente relacionado com algumas das principais trajetórias de inovação. Ele reflete diferente processo de produção — transformação do estado dos objetos físicos, das pessoas ou de informações codificadas — nos quais eles estão centrados” (Hauknes, 1998, p. 16).

Assim, a partir das considerações apresentadas nesta seção, podemos definir os serviços como produtos que se caracterizam pelo considerável grau de incerteza quanto aos seus resultados, em função do envolvimento do usuário na sua elaboração, o que impede a codificação *a priori* de todos os procedimentos necessários, e, na maior parte dos casos, pela dificuldade de dissociar o produto (conteúdo) e processo (forma) durante essa elaboração. A partir dessas características básicas, os serviços se constituem num setor de múltiplas facetas. Esses ramos dos serviços podem ser definidos, em primeiro lugar, pela etapa em que um serviço se encontra em determinada cadeia produtiva, sendo classificado, a partir da distância em relação ao cliente final dessa cadeia, como um serviço intermediário ou um serviço final. A partir dessa primeira distinção, uma outra deve ser estabelecida, de acordo com o tipo de conhecimento requerido para sua produção. Segundo esse último critério, como apresentado por Hauknes (1998), eles podem ser classificados conforme o seu posicionamento em um *continuum* entre o conhecimento explícito, totalmente codificado, em que o uso intensivo de capital é a principal característica, e o conhecimento tácito.

1.2 Fatos e mitos: a relevância do setor de serviços

A pouca atenção dispensada ao setor de serviços, e mesmo as dificuldades descritas ao longo das tentativas de classificação e definição dos serviços, estão em grande medida associadas à discussão sobre a sua relevância na economia. Sobre esse tema, podemos sintetizar, a partir das percepções de Gallouj (1998a) e Quinn (1987), os principais mitos que vêm afastando as teorias sobre o setor de serviços de sua verdadeira relevância econômica.

a) O mito dos serviços como um “setor residual”

A idéia do setor de serviços como um setor residual está no centro da discussão apresentada acima e aparece na forma como o setor é contabilizado e classificado. As dificuldades de mensuração dos serviços fazem com que sua participação no produto interno bruto (PIB) seja estimada após a soma das participações da agricultura e do setor industrial. A expressão setor “terciário”, consagrada aos serviços, responde justamente a essa compreensão (Kon, 1999). Conforme discute Gallouj (1998a, p. 2), “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’”.

Os fatos, entretanto, não permitem a sustentação deste entendimento, seja do ponto de vista teórico, seja do ponto de vista empírico. Em sua análise da mundialização do capital, Chesnais (1996) aponta a insuficiência do tratamento teórico dos serviços como atividade residual quando analisamos o processo de internacionalização dos serviços, 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).

Do ponto de vista empírico, Quinn (1987) já chamava a atenção para uma participação do setor de serviços no valor agregado ao PIB no mínimo tão importante quanto à participação da manufatura e, ainda, para um caráter menos cíclico dos serviços em termos da geração de empregos. A tabela abaixo reforça as observações de Quinn, uma vez que

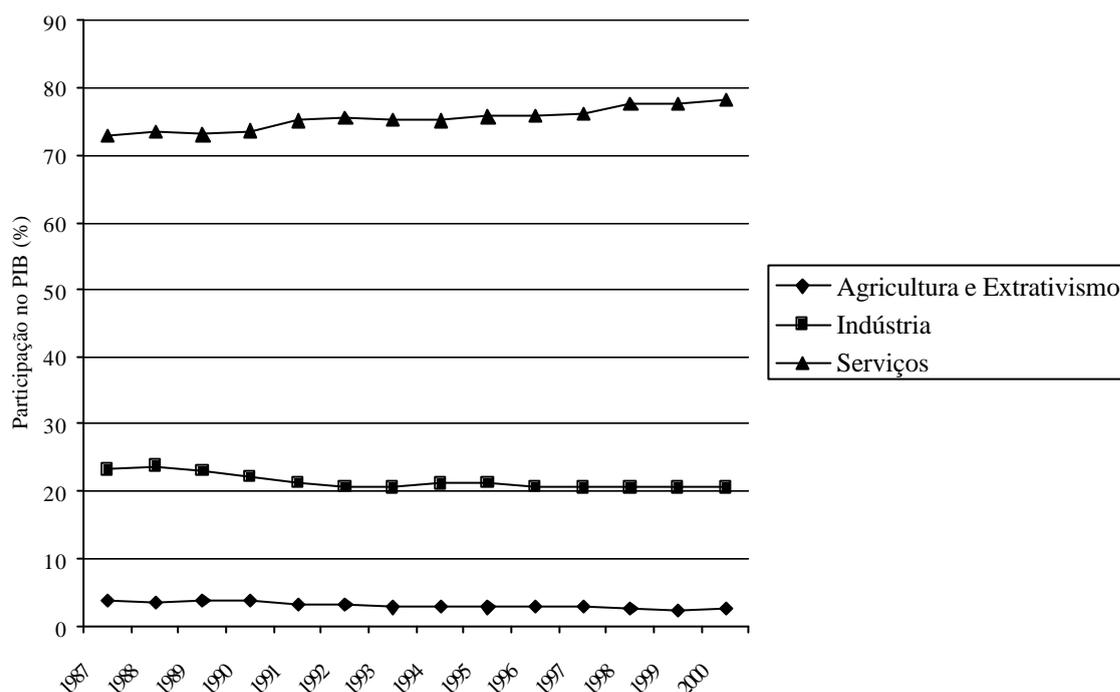
apresenta a participação majoritária do setor de serviços na composição do PIB de todos os países considerados.

Tabela 1 – Participação (em %) do valor agregado do setor de serviços no PIB de países selecionados – 1990 e 1999

	agricultura		indústria		manufatura		serviços	
	1990	1999	1990	1999	1990	1999	1990	1999
Membros do Mercosul								
Argentina	8	5	36	28	27	18	56	67
Bolívia	26	18	20	18	17	15	54	64
Brasil	8	9	39	31	25	23	53	61
Chile	9	8	41	34	20	16	50	57
Paraguai	28	29	25	26	17	14	47	45
Uruguai	9	6	35	27	28	17	56	67
Membros do G7 (exceto Estados Unidos)								
Alemanha	1	1	33	28	26	21	64	71
Canadá	2	n.d.	29	n.d.	16	n.d.	69	n.d.
França	3	3	27	23	n.d.	n.d.	70	74
Itália	3	3	31	26	22	19	66	71
Japão	3	2	41	36	28	24	56	62
Reino Unido	2	1	31	25	n.d.	n.d.	67	74
Outros países selecionados								
Austrália	3	3	26	25	13	13	70	72
Bélgica	2	1	28	25	21	18	69	73
Holanda	4	3	28	24	18	16	68	74
Jordânia	8	2	28	26	15	16	64	72
Panamá	9	7	15	17	9	8	76	76

Fonte: Banco Mundial. World Development Indicators, 2001.

A mesma observação pode ser feita para a economia norte-americana. Dispondo, na figura abaixo, os dados de composição setorial do PIB, entre os anos de 1987 e 2000, podemos fazer duas importantes constatações. Em primeiro lugar, o destacado papel do setor de serviços, que no período teve uma taxa de participação média no PIB de 75,3 %, evidencia sua importância na composição do valor agregado neste país.



FONTE: Elaborado a partir de U.S. Department of Commerce (2001)

Figura 1: Evolução da participação setorial no PIB norte-americano (em %) – 1987 a 2000

Note-se que essa taxa média só é inferior à verificada pelo Panamá, na tabela 1, país selecionado justamente por ser o de maior índice entre os listados pelo Banco Mundial. Em segundo lugar, enquanto os demais setores apresentam uma relativa estabilidade, e mesmo uma leve tendência à queda, o setor de serviços vem também ampliando levemente sua participação, num intervalo que vai de 72,8%, em 1987, a 78,1%, em 2000.

Uma situação similar pode ser verificada em recente pesquisa sobre o setor de serviços no Brasil, publicada pelo IBGE (2001), a qual aponta uma participação do setor de 58,3% na composição do PIB em 1999 (enquanto o Banco Mundial aponta 61%, como vimos), ao passo que, no mesmo ano, os serviços respondiam por 57,2% do pessoal ocupado. Pode-se depreender, com base no exposto, que a concepção do setor de serviços como um

setor residual não tem suporte teórico e prático para responder a uma realidade que impõe a sua acurada investigação.

b) O mito do setor de serviços como sendo de baixa produtividade e 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 chamado “paradoxo de Solow”, que diz respeito à ocorrência de um processo de acelerado progresso técnico acompanhado por uma estagnação nas taxa de crescimento da produtividade. Mas, muito antes desta consideração de Gallouj, 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 verdadeiro 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, foi capaz de arrefecer essa discussão.

Quinn (1987), conforme já mencionado, alerta para que o setor de serviços não seja encarado como um todo homogêneo, devendo ser entendido, assim com a indústria o é, como um conjunto de vários ramos, de subsetores, com suas peculiaridades. Nesse conjunto heterogêneo, encontramos várias indústrias 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 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 o setor bancário, educacional, serviços financeiros, entretenimento, alugueis de carros, entrega de mensagens e comércio varejista — tornaram-se grandes usuários de tecnologia e, dependendo de qual enfoque teórico se está partilhando, inovadores.

c) O mito da desqualificação do trabalho

A questão da baixa produtividade está associada também com o mito de que o mercado de trabalho no setor de serviços seria predominantemente de trabalhadores desqualificados, constituindo-se de subempregos. No contexto discutido acima, isto é, considerando a heterogeneidade do setor de serviços, deve-se ter em conta o mesmo em relação ao seu mercado de trabalho. Ao discutir esse tema, embora reconhecendo que o setor de serviços obviamente gere empregos de baixa qualificação, Gallouj (1998a, p. 3) 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’). Dessa forma, diferentemente do que indica o mito, o mercado de trabalho em serviços reflete as diferentes exigências e performances existentes no setor.

2. INOVAÇÃO EM SERVIÇOS

Duas questões de absoluta relevância perpassam o debate teórico em relação à inovação em serviços. Uma discussão fundamental é sobre se as organizações do setor de serviços realmente inovam. Em outras palavras, se o setor de serviços gera endogenamente inovações ou se as mudanças verificadas no setor são reflexos da adoção de inovações advindas da indústria. Caso essa primeira questão tenha resposta afirmativa, resta um segundo ponto. Afinal, o processo de inovação em serviços guarda especificidades? Ou seja, considerando o atual papel e relevância do setor de serviços na economia e as características que o singularizam, até que ponto isso estabelece uma especificidade para o processo de inovação no setor?

Segundo Gallouj (1998b), os posicionamentos frente a essas questões podem ser agrupados em três abordagens principais:

a) A abordagem tecnicista

Segundo vários autores, é a abordagem até hoje mais difundida. Está baseada na concepção de que a inovação em serviços resulta da adoção de inovações tecnológicas desenvolvidas no setor industrial, em especial no setor de produção de bens de capital. Esse enfoque está fortemente associado à análise das mudanças provocadas pelo processo de informatização em vários serviços, como, por exemplo, a adoção de caixas eletrônicos no caso dos serviços bancários e a adoção das chamadas tecnologias da informação (TI).

A principal tentativa de sistematização dessa abordagem é o modelo do “ciclo reverso do produto”, proposto por Barras (1986). Ele sustenta que a inovação em serviços percorreria um ciclo ao contrário do esperado nas inovações tecnológicas. No primeiro momento, a introdução de uma nova tecnologia, em vez de causar um impacto radical e lucros extraordinários, no sentido schumpeteriano, levaria apenas ao aumento da eficiência da prestação de serviços existentes. 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 de incrementação, mas já voltadas para melhorias na qualidade do serviço. No estágio final, quando o

processo de difusão tecnológica estaria em sua fase mais avançada, então a tecnologia levaria a constituição de novos serviços ou recombinações de serviços já existentes. Como aponta Gallouj (1998b), Barras não consegue estabelecer seu propósito de uma teoria da inovação em serviços, pois trabalha com um modelo no qual a indústria tem primazia e praticamente restringe sua análise aos impactos da tecnologia da informação.

b) A abordagem baseada nos serviços

Procura centrar sua análise no que define como trajetórias intangíveis dos serviços, relacionando-as com modalidades específicas de inovações nos serviços (em especial as chamadas inovações *ad hoc*, definidas na próxima seção). A idéia central deste enfoque é que a relação usuário—produtor, mesmo considerando variações em seu grau de intensidade de acordo com o ramo dos serviços considerado, oferece oportunidades para a inovação na elaboração do serviço, incluindo produção e processo, que superam qualquer inovação tecnológica de processo ou de produto (Hauknes, 1998).

c) A abordagem integradora

Este 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 (1998), 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 as características funcionais que possam ser extensivas a produtos e serviços e, a partir das mesmas, as tipologias das inovações que permitam abrigar indústria e serviços.

A apreciação dessas abordagens leva a crer que as respostas aos questionamentos iniciais estão vinculadas, acima de tudo, ao conceito de inovação subjacente. Por exemplo, uma conceituação como a proposta pela abordagem tecnicista, que reduz a noção de inovação ao surgimento de um novo objeto técnico — em que o conhecimento está precisamente codificado *a priori*, desconsiderando as peculiaridades dos serviços —, não permite uma análise adequada aos processos de mudança inerentes a esse setor. Assim, seguindo a abordagem integradora, adota-se neste trabalho um conceito de inovação bastante amplo,

tipicamente schumpeteriano, no qual a inovação pode ser identificada em uma das situações mencionadas abaixo (Schumpeter, 1985):

- 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 onde a empresa que estamos analisando opere.

Na perspectiva exposta por Dosi (1982), essas situações arroladas por Schumpeter, e, portanto, as atividades de inovação, podem ser entendidas como atividades inseridas num processo de resolução de problemas. Esses processos, por sua vez, estão contextualizados sob uma determinada estrutura técnica, cultural, social e econômica, enfim, sob um determinado ambiente institucional. Por isso, Gallouj (1997) procura estabelecer a relação entre paradigma tecnológico, ou paradigma tecno-econômico, e inovação no setor de serviços.

A noção de paradigma tecnológico tem sua origem em Dosi (1982). Ele o define como “um ‘modelo’ ou um ‘padrão’ de solução de problemas tecnológicos *seleccionados* derivados das ciências naturais e sobre tecnologias materiais *seleccionadas*” (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). Os mesmos autores definem o atual paradigma como o da informação, em que os serviços ocupam importantes funções. Nesse sentido, diz Gallouj (1997), devem ser analisados em sua relação com os demais setores da atividade econômica, em especial com a indústria, sob a ótica dos impactos que lhe são causados pelo atual paradigma tecno-econômico, como faz a abordagem tecnicista, mas também pelo papel que os serviços têm nesse paradigma.

Sendo assim, as inovações em serviços podem assumir inúmeras trajetórias entre as possibilidades oferecidas pelo ambiente institucional. Essas trajetórias, por sua vez, não se restringem a linhas tecnológicas, definidas por Dosi (1982) como os padrões geralmente adotados na solução de problemas e, portanto, os padrões do progresso técnico. O que

Gallouj (1997) ressalta é a importância das inovações institucionais ou organizacionais, definidas como “mudanças nas regras que governam os modos de interação entre os indivíduos em uma firma ou organização” (p. 27). Essas inovações institucionais dariam origem a trajetórias institucionais ou organizacionais que, embora não estejam diretamente associadas com qualquer inovação tecnológica, guardam relação com o paradigma tecnocômico vigente. A combinação e a evolução dessas trajetórias são únicas, de acordo com as opções que as firmas estabelecem. 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). Dessa forma, a inovação em serviços pode ser entendida como um processo de decisão endógena das organizações que compõem o setor e reflete as nuances e componentes específicos que decorrem da própria natureza dos serviços.

2.1. Tipos de inovação em serviços¹

Em consonância com a conceituação apresentada acima, e baseados na evidência empírica, Sundbo e Gallouj (1998b) apresentam os tipos de inovações verificadas em 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 usuário/cliente 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.

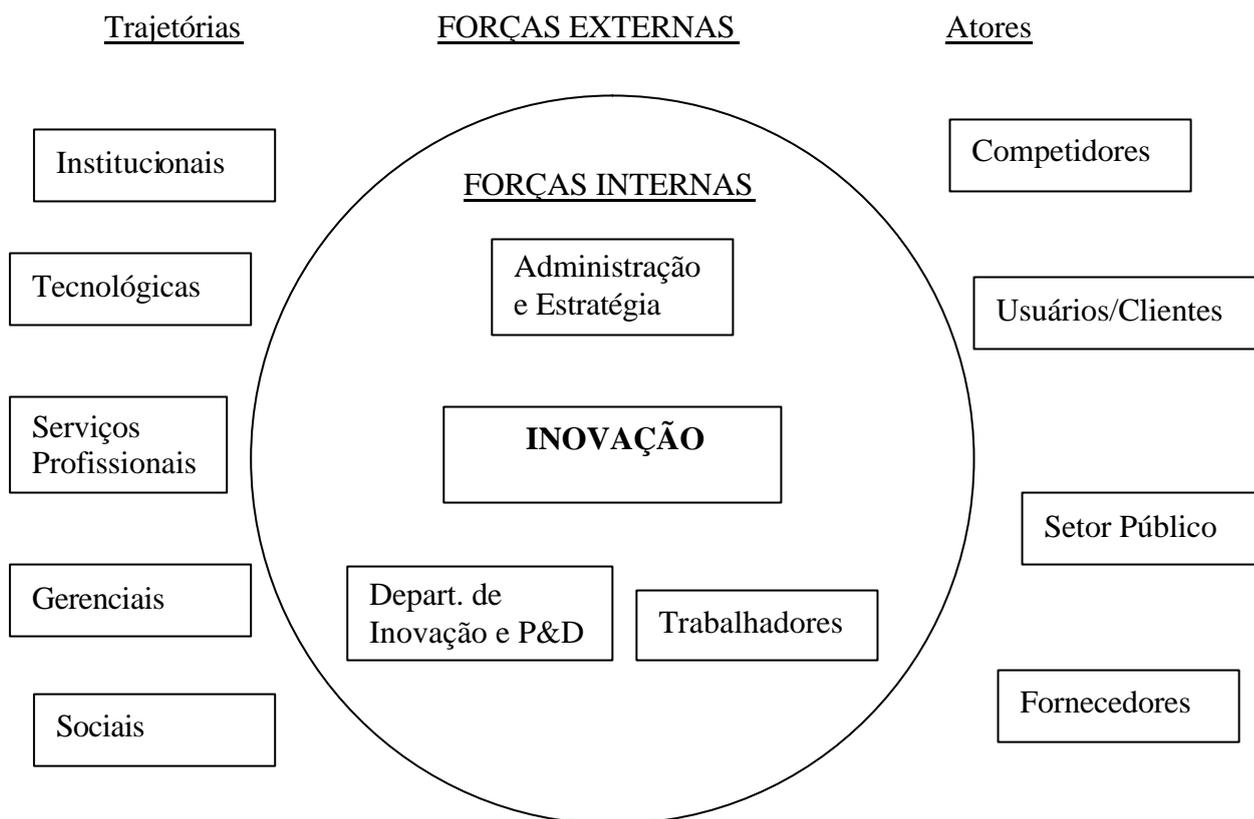
¹ A partir deste ponto, grande parte da revisão centra-se em Hauknes (1998), Sundbo e Gallouj (1998a) e Sundbo e Gallouj (1998b). Estes trabalhos constituem os principais ensaios realizados como conclusão do projeto SI4S (Services for Innovation – Innovation for Services), sob coordenação do Step Group, de Oslo, Noruega, a partir de um projeto no âmbito da Comunidade Européia. O projeto reuniu onze grupos de pesquisa, de 10 países. Seus dados provém de surveys realizadas na Dinamarca, França e Noruega, entrevistas com especialistas e análises dos dados macroeconômicos disponíveis. Segundo Hauknes (1998), pode-se dizer que, até o presente, é o maior estudo já realizado sobre a inovação em serviços.

- 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.

Entretanto, uma modalidade especial de inovação precisa ser considerada. Conforme salienta Hauknes (1998), a intensidade da relação usuário—produtor em serviços permite considerar o usuário (ou cliente) como uma importante fonte de formação de capacidades. Nesse sentido, afirma que a inovação em serviços poderia ser considerada “um processo de generalização de capacidades obtidas nas relações específicas com o cliente” (p. 30). Sundbo e Gallouj (1998a) afirmam, no mesmo rumo, que o processo de inovação em serviços é essencialmente um processo interativo, no qual o provedor dos serviços mantém ligações internas e externas que conduzem a inovação. Nesse processo, surge um novo tipo de inovação, denominada inovação *ad hoc* (ou “adocrática” ou, ainda, contingencial), resultando num processo de resolução de problemas do usuário através da co-produção (Lakshmanan, 1989). Sundbo e Gallouj (1998b) 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 é co-produzida pelo cliente e pelo provedor do serviço, não sendo reproduzível a não ser indiretamente por meio da codificação, da formalização de parte da experiência e da competência” (p. 5). Esse tipo de inovação, segundo vários autores, é freqüente em serviços intensivos em conhecimento. Pode-se depreender, no entanto, que em toda atividade de prestação de serviços haverá espaço para esse tipo de inovação em maior ou menor grau, dependendo da intensidade da relação usuário—produtor e da especificidade do problema a ser resolvido. Além disso, pode-se observar que as inovações “adocráticas” podem ser tanto de produto, quanto de processo.

2.2. Forças que dirigem a inovação em serviços

O padrão de inovação, ou a trajetória, seguido por uma organização dependerá de sua percepção e de suas escolhas frente à ação de vários agentes que com ela interagem no processo de inovação Hauknes (1998). Numa visão mais sistêmica, Sundbo e Gallouj (1998b) identificam que essa percepção está submetida à influência de agentes externos e internos à organização, conforme ilustrado a seguir.



Fonte: Sundbo e Gallouj (1998b, p. 8).

Figura 2: Forças que dirigem a inovação em serviços

Esse padrão de inovação, por sua vez, será determinado pelo tipo de balanceamento obtido entre as forças internas e externas. Este balanceamento, ou, em outras palavras, a forma como essas “forças” são combinadas (ou se combinam) nos processos de mudança verificados na organização, revela o modelo de gestão da inovação que está em curso (Zawislak, 1995). A composição dessas forças é definida conforme exposto a seguir.

a) Forças internas

De acordo com Sundbo e Gallouj (1998a), assim como na manufatura, as forças internas são os principais determinantes da inovação em serviços. Eles destacam três forças principais: a administração central da firma, que detém a decisão estratégica, os trabalhadores e o departamento de P&D ou o setor responsável pela inovação. No caso das organizações de serviços, apontam, freqüentemente, que o papel aqui desenhado para um estrategista é desempenhado pelo departamento de marketing, dada a relevância já discutida do foco no usuário. Outra característica geral observada pelos autores é o baixo número de departamentos

de P&D ou outras estruturas dedicadas à inovação. Essas tarefas, por sua vez, são normalmente desenvolvidas por setores dedicados a promover a “causa da inovação”. Nas palavras dos próprios autores,

“seriam uma espécie de departamento de comunicação, que existe em algumas firmas de serviços e os quais têm a tarefa de induzir idéias inovadoras entre os empregados e gerentes e coletar estas idéias; o departamento de inovação faz algumas vezes a inovação ele mesmo, mas este não é sempre o caso. Dado que as inovações em serviços raramente são baseadas em ciência, é muito raro encontrar departamentos de P&D nas firmas de serviços” (Sundbo; Gallouj, 1998a, p. 8).

A principal força interna, nesse contexto, seriam os trabalhadores. O caráter pouco formalizado, a necessidade de interação constante com o usuário, a importância dos quesitos de confiança e do conhecimento tácito realçam o papel dos trabalhadores nesse processo.

b) Forças externas

As forças externas neste modelo podem ser de dois tipos: trajetórias e atores. O conceito de trajetória já foi discutido, quando se estabeleceu relação entre a noção de trajetória tecnológica e trajetória institucional. Essa noção se mantém. Segundo os autores, “trajetórias são idéias e lógicas que são difundidas através do sistema social (seja uma nação, uma rede internacional, uma rede profissional, etc.)” (Sundbo; Gallouj, 1998a, p. 8). Logo, continuam sendo interpretadas como possibilidades em um determinado universo, em um determinado paradigma. Neste modelo são adicionadas as idéias de trajetórias gerenciais, trajetórias dos serviços profissionais e trajetórias sociais. Pode-se considerar desdobramentos do conceito de trajetória institucional que buscam detalhá-lo, identificando as influências específicas que a introdução de novas práticas gerenciais, de determinadas normas práticas e éticas em determinadas profissões e, principalmente, novas formas de regulação e controle social sobre os serviços possam ter sobre o processo de inovação. As trajetórias conformam, portanto, as influências ambientais sobre o processo de inovação.

Os atores, por sua vez, são definidos como “as pessoas, firmas ou organizações das quais o comportamento tem importância para as possibilidades das firmas de serviços venderem seus serviços e, portanto, para suas atividades de inovação” (p. 9). Os usuários, ou clientes, dos serviços são os principais atores, uma vez que além de serem fonte de informação para o processo de inovação, em especial nos setores em que os serviços são mais

voltados para o consumidor, eles muitas vezes participam ativamente do processo de inovação graças à “co-produção”. Competidores e fornecedores também podem ser importantes atores, dependendo do seu setor de atividade e da forma como são inseridos no processo. Outro ator que pode interferir no processo de inovação, seja como demandante de serviços, como regulador de serviços públicos concedidos, como provedor de serviços diretamente ou, por fim, como prestador de serviços indiretamente, por meio da educação e treinamento da mão-de-obra, é o setor público. Em seu conjunto, esses atores constituem a influência externa direta sobre o processo de inovação.

2.3. Padrões típicos da inovação em serviços

A partir dessas considerações, observa-se que diferentes maneiras de administrar o processo de inovação podem ser estabelecidas, de acordo com a postura da organização frente às possibilidades e potencialidades de interação com as forças internas e externas que intervêm no processo. Nesse contexto, Sundbo e Gallouj (1998a) apresentam os padrões típicos de inovação em serviços até aqui verificados empiricamente.

a) O padrão clássico

O padrão clássico é uma analogia ao chamado “modelo linear” de inovação, caracterizado nas análises da inovação na indústria pela separação entre uma estrutura dedicada à concepção e outra dedicada à execução da atividade fim. Esse tipo de formatação é raro no setor, sendo peculiar às grandes firmas que lidam com serviços bastante padronizados.

b) O padrão dos serviços profissionais

È verificado principalmente em empresas de consultoria, ou empresas de serviços intensivos em conhecimento em geral, em que o processo de inovação depende de um adequado processo coletivo no qual os profissionais interagem com sua “expertise”. A esse processo soma-se a interação com o cliente, e, portanto, as inovações *ad hoc* são também uma característica marcante desse padrão.

c) O padrão de gestão estratégica da inovação

O padrão de gestão estratégica da inovação é o mais difundido no setor de serviços, de acordo com os autores, e isso tem levado a um debate sobre uma possível tendência à “industrialização” dos serviços, no sentido de estar ocorrendo um processo de maior

formalização, ou sistematização, do processo de inovação, questão que será retomada no próximo ponto.

“Este padrão corresponde à real existência de uma política, uma estratégia ou uma função de inovação na firma, mas à ausência de um departamento de P&D” (p. 14). A constatação é de que projetos inovadores seriam conduzidos por times de projeto reunidos *ad hoc*. Nessa situação, a estratégia inovadora seria acompanhada por duas políticas suplementares: a adoção de políticas de aprendizagem organizacional, como forma de partilhar o conhecimento acumulado individualmente nos processos de interação, e métodos de controle de qualidade, no sentido de estabelecer uma determinada padronização dos serviços e avaliar a evolução da demanda dos usuários.

d) O padrão empreendedor

Corresponde à criação de novas firmas de serviços a partir de inovações radicais. Compreendido de uma forma mais generosa, permitindo estendê-lo a novos segmentos completamente distintos de serviços em firmas já existentes, por exemplo, esse padrão pode ser encontrado integrado a qualquer um dos outros.

e) O padrão artesanal

Reúne aquelas firmas que normalmente constituem os estereótipos do setor de serviços, como serviços de limpeza, segurança privada e outros. Não possuem qualquer estratégia inovadora e estão baseadas, geralmente, em pequenas mudanças que não são reproduzíveis. Segundo os autores, “se a inovação está presente, é por meio de modelos de aperfeiçoamento e processos de aprendizagem”, não sendo capazes, essas organizações, de terem interferência nas trajetórias.

f) O padrão de inovação em rede

Neste padrão espera-se que a preocupação com a estratégia de inovação esteja atribuída a uma organização comum, responsável pela coordenação da rede e que está responsável por inovar e difundir as inovações entre as firmas membros da rede. Nesse caso, as inovações podem ser hipoteticamente “neutras” em relação aos consumidores e fornecedores, pois esses interagiriam com as firmas-membro e não com a organização responsável por inovar. Sundbo e Gallouj identificam este padrão em certas organizações voltadas para o turismo e em determinados grupos financeiros.

2.4. Sistemas de inovação e a inovação em 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, 1998a; Sundbo;Gallouj, 1998b). A tipologia desenvolvida na seção anterior, relacionando as forças que influenciam o processo de inovação, reforça a percepção de que a inovação em serviços, como na manufatura, possui uma lógica sistêmica. Nesta seção pretende-se apresentar, de acordo com a literatura revisada, em que medida a perspectiva dos sistemas de inovação é aplicável para análise do setor de serviços.

2.4.1. A relação usuário—produtor e o conceito de sistemas de inovação

Os padrões típicos de inovação, apresentados na seção 2.4, trazem, em sua sistematização, duas variáveis típicas da abordagem sistêmica: a interação externa e interna à organização inovadora e a inserção dessa interação dentro dos pressupostos de um paradigma, considerando as trajetórias que expressam a influência ambiental. No entanto, esses padrões demonstram uma lógica essencialmente operacional, indicando respostas operacionais às pressões das forças externas ou internas. É como se as organizações atuassem em “mercados puros”, nos quais os custos de transação da atividade inovadora são excessivamente elevados. Nas palavras de Lundvall (1988), “o fato de que as inovações de produto são freqüentes no mundo real demonstra que a maioria dos mercados reais são ‘mercados organizados’, mais do que mercados puros” (p. 352). O que caracteriza esses mercados organizados é o fluxo e a qualidade da informação trocada entre os seus membros e a cooperação entre eles; em outras palavras, a qualidade da *relação usuário—produtor*. Constitui-se, portanto, um sistema de inovação, no qual a confiança mútua é fundamental para que as transações fluam e, em especial, para que ocorra a atividade inovadora. Essa, por sua vez, é considerada um processo interativo por excelência, resultante de processos como “learning-by-doing”, “learning-by-using” e “learning-by-interacting” (Lundvall, 1988).

2.4.2. Sistemas de inovação em serviços como sistemas “adocráticos”²

Hauknes (1998) assinala sua concordância com a perspectiva de Lundvall e a possibilidade de sua aplicação à análise do processo de inovação em serviços. Enfatiza o papel que determinados serviços, em especial os intensivos em conhecimento, podem exercer como elementos de ligação entre os vários pontos de um sistema de inovação. Nesse sentido, Sundbo e Gallouj (1998a) 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” (p. 18). Na verdade, cada subsetor, cada ramo do setor de serviços pode ter seu sistema de inovação específico, além de possuir variações relacionadas com a localização geográfica e com questões culturais (Lundvall, 1988). De qualquer sorte, Sundbo e Gallouj (1998a) consideram que podem existir dois tipos gerais de sistemas de inovação:

a) Sistemas de inovação institucionais: em que as relações entre os atores do sistema seguem certos padrões. Em especial, as relações de cooperação estão formalizadas através de contratos de longo prazo ou de normas tácitas difundidas ao longo do tempo e plenamente reconhecidas por todos.

b) Sistemas de inovação “adocráticos”: alternativamente, as relações neste 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).

Analisando os padrões típicos de inovação em serviços, eles propõem dois critérios para, em primeiro lugar, identificar a existência de uma lógica sistêmica e, em seguida, classificar o sistema em institucional ou adocrático. Estes critérios seriam definidos como coerência (entre os padrões que definem o processo de inovação em determinado ramo) e repetição (de um ou de alguns padrões que se mostrem explicativos para determinado ramo dos serviços). Baseado nesses critérios, Sundbo e Gallouj afirmam:

² Sundbo e Gallouj (1998a) utilizam o termo “loosely coupled” system. Por conveniência, e resguardando o sentido original, entendemos que o termo “adocrático”, ou contingencial, ou, ainda, sistema *ad hoc* são os que podem apresentar a melhor tradução.

“O sistema possível seria institucionalizado se a coerência é forte e existe somente um padrão que é repetido muito. Se existem vários padrões e não é previsível quais deles irão aparecer em quais situações e se a coerência nestes padrões é fraca, ele é um sistema ‘adocrático’” (Sundbo;Gallouj, 1998a, p. 19).³

Os autores, a partir da análise das evidências empíricas que compuseram os padrões típicos de inovações, consideram que não há um sistema de inovação para o setor de serviços em geral, como já fora considerado. Entretanto, concluem que, embora poucos subsectores de serviços apresentem trajetórias coerentes, há a dominação de determinados padrões de inovação, em especial do padrão de gestão estratégica da inovação. Concluem, assim, que os sistemas de inovação em serviços não podem ser analisados sob o mesmo enfoque da manufatura, destacando uma outra especificidade dos serviços, a de que os seus sistemas de inovação, em geral, são sistemas “adocráticos”.

2.5. Tendências no processo de inovação em serviços

A revisão desenvolvida até aqui demonstra, por um lado, uma crescente importância do setor de serviços na economia contemporânea e, por outro, um tratamento ainda insuficiente para o entendimento da dinâmica da atividade inovadora em serviços na literatura sobre inovação. Por sua vez, os estudos mais importantes já realizados apontam que a inovação em serviços apresenta uma lógica diferenciada em relação à manufatura, inserida em sistemas “adocráticos” de inovação. Essas considerações apontam a necessidade de investigação sobre quais as tendências na gestão da inovação em serviços e, em especial, se essas tendências têm correspondência com a relevância do setor de serviços na economia. Em outras palavras, se essas tendências apontam para um aumento da capacidade inovadora no setor de serviços.

2.5.1. Alguns movimentos importantes

Analisando as conclusões de Sundbo e Gallouj (1998b), podem ser ressaltadas três grandes tendências para as inovações no setor de serviços. A saber:

³ Note-se, mais uma vez, que a expressão usada aqui “sistema ‘adocrático’” está sendo considerada como a tradução mais adequada da expressão “loosely coupled system” do original.

a) *Um processo de catch up em relação à capacidade inovadora da indústria:* pode-se afirmar que em muitos serviços há mais inovação do que na indústria; compreendida, evidentemente, dentro do escopo do conceito de inovação definido neste estudo, isto é, abrangendo inovações tecnológicas e não-tecnológicas. Vale notar, tendo em conta as dificuldades de mensuração, que os autores apontam que os setores com maior número de firmas inovadoras na indústria de serviços seriam publicidade, serviços financeiros, consultorias e serviços de limpeza. Na outra ponta estariam, na condição de menos inovadores, assistência médica e comércio varejista.

b) *O importante papel das tecnologias da informação:* cresce a importância de inovações tecnológicas e do uso de inovações tecnológicas relacionadas, especialmente, com as tecnologias da informação. Não se restringe à adoção da tecnologia, mas ao conjunto de serviços novos que, baseados nas potencialidades tecnológicas, passam a ser oferecidos. Isso fica claro quando os autores ressaltam o uso da tecnologia da informação como base de inovações no comércio, nas comunicações, nos serviços financeiros, na produção de softwares e na assistência médica.

c) *Tendências à modularização dos serviços:* A intensidade da relação usuário—produtor e a especificidade de muitas soluções encontradas podem ser uma barreira à inovação, uma vez que soluções que não podem ser reproduzidas inibem o investimento. Nesse sentido, verifica-se uma tendência à modularização, com a busca de combinar elementos padronizados de produção com o atendimento das especificidades do cliente. Muitos autores relatam esse fenômeno também na manufatura, o que seria um elemento para corroborar a abordagem integradora no sentido de propor uma teoria da inovação em que serviços e bens convirjam.

O mais relevante, no entanto, é a identificação de uma tendência geral em direção a um processo de inovação em serviços mais sistematizado. Nas suas palavras:

“A tendência geral que os relatórios nacionais demonstram é que o processo de inovação em firmas de serviços vai de um processo inicial ‘quick idea’ assistemático em direção a um processo mais sistemático em que as atividades de inovação são planejadas ou — se não planejadas racionalmente — aos menos são desejadas” (Sundbo; Gallouj, 1998b, p. 19).

2.5.2. A natureza da gestão da inovação em serviços

Com base nos relatos de Sundbo e Gallouj (1998b), pode-se estabelecer uma síntese das características típicas da gestão da inovação em organizações de serviços:

- Uma primeira característica é a *flexibilidade* da organização da inovação. Identifica a ausência de estruturas dedicadas à inovação, como departamentos de P&D, ou de inovação, sendo essa atividade geralmente posta a cargo de um departamento de marketing ou de times de projeto *ad hoc*. O relato dá conta, ainda, do envolvimento informal de um conjunto de pessoas e atividades na atividade de inovação, ressaltando que “o processo de inovação, então, pode ser um processo político-organizacional complexo envolvendo atores que tenham diferentes interesses” (p. 19-20).
- Outra característica é a necessidade de qualificação dos trabalhadores associada com a difusão organizacional dessa qualificação. Seja qual for o ramo dos serviços, ao se adquirir um serviço se adquire o modo de fazê-lo, o saber como, graças à impossibilidade de codificá-lo *a priori*. Torna-se, portanto, um elemento de vantagem competitiva qualificar trabalhadores, mas também fazer com que a organização tenha mecanismos de aprendizagem que tornem esta qualificação corporativa e não individual.
- O envolvimento de agentes externos é outra importante característica, especialmente dos clientes e de fornecedores de tecnologia.

Assim, embora a tendência para que a inovação em serviços se torne mais sistemática, integrando a estratégia das organizações, ela ainda é administrada de forma bastante contingencial. Como definem Sundbo e Gallouj:

“As firmas de serviços são somente moderadamente conscientes da inovação como forma de desenvolvê-las — de obter melhor posição competitiva no mercado e crescer em volume de negócios e lucro. Isso significa que elas não têm muito claro como querem organizar e administrar suas atividades de inovação. A forma de organização, os atores e/ou as trajetórias que elas escolhem, e como suas relações com os atores devem ser, tornam-se frequentemente uma decisão contingencial, determinada pela situação atual” (Sundbo; Gallouj, 1998a, p. 20).

2.6. A dinâmica da inovação em serviços

A reunião dos elementos desenvolvidos até aqui permite a configuração de um esquema analítico para o exame das inovações em serviços neste estudo. Tendo em conta o conceito de inovação como atividade de resolução de problemas, verifica-se, como exposto por Sundbo e Gallouj (1998b), que as inovações em serviços podem ser de quatro tipos: de produto, de processo, organizacionais e de mercado.

A gestão dessas inovações, por sua vez, apresenta padrões que são determinados pela forma como são combinadas as influências de forças externas e forças internas às organizações. As forças internas são, fundamentalmente, a administração central (considerada como a estrutura que determina a estratégia da organização), a existência e forma de atuação de um setor específico dedicado à atividade de inovação e o papel desempenhado pelos trabalhadores, em especial pela importância da relação usuário—produtor em serviços. Quanto às forças externas, pode-se compreendê-las em dois níveis de influência. Um primeiro nível, denominado influência direta, no qual se considera o envolvimento de atores como competidores, fornecedores e clientes, e um segundo nível, denominado influência ambiental, em que se considera a influência que as trajetórias institucionais, gerenciais, culturais e sociais têm sobre a atividade de inovação. Nessa perspectiva, a inovação pode enfrentar barreiras, relacionadas com a resistência dos agentes internos ao envolvimento no processo de inovação, bem como a dificuldade da organização em elaborar o conjunto de informações provenientes dos agentes externos e envolvê-los em suas atividades de resolução de problemas.

Assim, a perspectiva adotada neste trabalho dá conta de que as interações das forças internas e forças externas no desenvolvimento de novos serviços configuram a dinâmica da inovação em serviços, permitindo descrever o seu processo, suas barreiras e sua vinculação com o sistema de inovação.

3. ESPECIFICIDADES DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Os serviços de assistência médica, ou de atenção à saúde, envolvem, de acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas — CNAE (IBGE, 2002), os serviços de atendimento hospitalar, atendimento a urgências e emergências, serviços de complementação diagnóstica e terapêutica e os serviços prestados por outros profissionais da área de saúde, exceto os médicos, como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e outros. Portanto, dizem respeito ao cuidado direto dos pacientes, por meio de consultas, técnicas de diagnóstico, intervenções cirúrgicas, tratamentos intensivos e outros procedimentos, prestados por médicos e outros profissionais da área de saúde, em consultórios, postos de saúde, ambulatórios, clínicas e hospitais.

No seu exercício, a assistência médica está no contexto do chamado “complexo médico-industrial” (Cordeiro apud Albuquerque; Cassiolato, 2000). Esse conceito procura expressar as interfaces da assistência médica, por um lado, com vários ramos industriais, como a indústria de equipamentos médicos e a indústria farmacêutica, e, por outro, com as instituições de ensino e pesquisa. Sobre esse aspecto, Gelijns e Rosenberg (1995) chamam a atenção no sentido de que, para o desenvolvimento e difusão de inovações na área médica, há a necessidade crescente de pesquisas interdisciplinares e, além disso, do rompimento de limites institucionais, permitindo a eficaz interação entre universidades, prestadores de assistência médica e as indústrias. Em outras palavras, esses agentes constituem o sistema de inovação em saúde, que, por sua vez, se complementa pela consideração adicional do papel do Estado na regulação e financiamento desses serviços, bem como da influência das fontes financiadoras privadas.

Nesse sentido, as próximas seções procuram identificar as características econômicas da atividade de assistência médica, bem como as peculiaridades do processo de inovação em serviços de assistência médica. Aborda-se, em especial, a relação dessas atividades com o sistema de inovação em saúde, destacando-se o papel desempenhado pelos hospitais.

3.1 As características econômicas da atividade de assistência médica como atividade inovadora⁴

As características econômicas da assistência médica foram definidas por Arrow, em 1963, e guardam especificidades que podem ser sintetizadas da seguinte forma:

a) natureza da demanda: a demanda por assistência médica é oriunda da doença, logo, de algo imprevisível, que lhe confere um caráter de instabilidade inerente.

b) comportamento esperado do médico: uma das principais características da assistência médica, típica das atividades de serviços, é o fato de que processo e produto são inseparáveis e de que o paciente, muitas vezes, participa da solução do problema, seja ajudando na identificação do mesmo, seja executando o tratamento.

c) incerteza em relação ao produto: da mesma forma, o resultado é imprevisível, requerendo alta confiança, já que “a assimetria de informações tem um peso crucial na relação médico—paciente” (p.17).

d) condições de oferta: diferentemente de outros setores econômicos, mesmo de serviços, a assistência médica é fortemente marcada pela necessidade de credenciamento profissional para seu exercício, o que limita a entrada no mercado.

e) determinação de preços: em razão de sua estreita relação com o bem-estar social da população, os preços guardam relação com a renda, havendo serviços gratuitos.

3.2 Inovação em assistência médica

Essas características da assistência médica trazem à tona, notadamente, a impossibilidade de que esses serviços sejam regulados exclusivamente pelas forças de mercado. Decorre disso uma diversidade institucional que abriga, na prestação desses serviços, organizações públicas, privadas e universitárias, delineando, provavelmente, uma das principais características do setor, sua diversidade de arranjos institucionais, que afeta o processo de inovação.

Além disso, verifica-se que a principal peculiaridade da assistência médica, do ponto de vista técnico, está na importância adquirida por uma das características que singularizam o setor de serviços: a indissociabilidade entre produto e processo ou, em termos próprios ao

⁴ Esta seção e a subsequente estão baseadas em Albuquerque e Cassiolato (2000).

setor, entre cura e tratamento ou, ainda, entre desfecho e atendimento. Essas considerações apontam trajetórias e atores inerentes à assistência médica que, por sua vez, estabelecem contornos para o sistema de inovação em saúde e lhe conferem processos de inovação específicos. Podemos destacar, entre esses aspectos, os seguintes:

- *Relação usuário—produtor*: nesse caso a relação usuário—produtor pode trazer inovações *ad hoc*, a princípio, mas também pode permitir a difusão de inovações como novos métodos de tratamento, novos medicamentos, novos equipamentos, etc.
- *Proximidade da indústria com a Ciência*: observa-se a dependência das indústrias ligadas à saúde, na produção de equipamentos e na indústria farmacêutica e biotecnológica, da sua interação com o meio científico. Na terminologia de Pavitt (1984), as indústrias que interagem com a assistência médica são baseadas na Ciência (*science-based*).
- *Papel da profissão médica e profissões afins*: embora a assistência médica não esteja classificada entre os serviços intensivos em conhecimento, as trajetórias da profissão médica e de profissões afins são fundamentais para o processo de inovação. O papel do médico sobressai pela responsabilidade na interação com o usuário (paciente).
- *Relação com o setor público*: a relação com a questão do bem-estar social e a necessidade de atendimento universal fazem com o que o setor público tenha fortes interações com a assistência médica, seja como demandante, seja como provedor e, através das universidades, centros de pesquisa, institutos tecnológicos e escolas técnicas, como formador de mão-de-obra qualificada para o setor.
- *Regulação dos serviços de saúde*: o aparato institucional, entendido como normas, regulamentos, instruções, exerce forte influência sobre as trajetórias seguidas pelo setor.

Os tipos de inovações que resultam desse sistema estão relacionados, portanto, com a ênfase em um ou outro desses aspectos. Assim, pode-se esperar que inovações de produto, em especial, decorram da relação usuário—produtor e da interação dos prestadores de assistência médica com a indústria e o meio científico. Inovações de processo, por sua vez, decorriam de interações com a indústria e de inovações organizacionais. Entre as inovações de produto e processo, constam inovações nos procedimentos clínicos que, embora possam resultar em futuros desenvolvimentos por parte da indústria, constituem um tipo de inovação “não necessariamente mediada por nenhuma indústria, mas resultando de uma interação direta

entre universidades, centros acadêmicos médicos e do sistema de assistência médica” (Albuquerque; Cassiolato, 2000, p. 35). Inovações organizacionais e de mercado, por fim, estariam fortemente relacionadas com as necessidades dos usuários, com as relações com o setor público e, em especial, com os modelos de regulação e financiamento que determinam as tendências gerais do setor.

Nesse cenário, os hospitais cumprem um papel diferenciado. Via de regra, os hospitais são a síntese dos serviços de assistência médica, uma vez que integram, em suas atividades, todas as etapas desses serviços. Assim, do ponto de vista das inovações em assistência médica, eles reproduzem boa parte das interações que caracterizam o sistema de inovação em saúde e, de acordo com sua capacidade de organização e desempenho, podem potencializá-las. As inovações em saúde, por sua vez, combinam a riqueza de inter-relações bastante específicas ao setor com a presença de muitas trajetórias e atores que poderiam ser esperados em qualquer ramo dos serviços.

4. MÉTODO

A definição adequada da estratégia de pesquisa, segundo Yin (2001), deve ser precedida por considerações em torno da natureza da pergunta de pesquisa que a mesma propõe. Nesse sentido, o uso da estratégia de estudo de caso oferece uma vantagem distinta quando “...faz-se uma questão do tipo ‘como’ ou ‘por que’ sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle” (p. 28). Nessa perspectiva, neste estudo, cujo objetivo é analisar “como” se dá o processo de inovação em serviços, focalizando a atividade de assistência médico-hospitalar no município de Porto Alegre, o método empregado foi o de estudo de casos múltiplos.

4.1. Seleção dos casos estudados

Considerando-se os objetivos da pesquisa, a seleção dos casos teve como princípio a composição de uma amostra representativa do conjunto dos hospitais porto-alegrenses. Essa representatividade, por sua vez, foi considerada sob dois aspectos: a natureza institucional dos hospitais analisados — relacionada com a diversidade de propósitos existentes nas instituições mantenedoras dos mesmos — e o número de casos analisados em relação ao total dos hospitais em atividade em Porto Alegre.

Assim, considerando o universo de 34 (trinta e quatro) hospitais em atividade, foi estabelecida uma divisão dos mesmos em quatro grupos (ver abaixo o quadro 5), considerando a natureza institucional das entidades mantenedoras, a saber: hospitais vinculados a universidades (independentemente de sua natureza jurídica), hospitais mantidos pelo poder público (excluindo-se os universitários) e hospitais mantidos por entidades privadas (excluindo-se novamente os universitários), subdivididos entre os que prestam serviço também ao Sistema Único de Saúde (SUS) e os que não são conveniados ao SUS.

Quadro 4 : Hospitais de Porto Alegre conforme a classificação estabelecida

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	HOSPITAIS PÚBLICOS	HOSPITAIS PRIVADOS CONVENIADOS SUS	HOSPITAIS PRIVADOS SEM CONVÊNIO SUS
Pavilhão Pereira Filho ^{**}	Penitenciário	Banco de Olhos	Ernesto Dornelles
São José ^{**}	Sanatório Partenon	Petrópolis	Geral [*]
Fundação Cardiologia	São Pedro	Independência	Luterano
São Lucas - PUC	Pronto Socorro	Beneficência Portuguesa	Mãe de Deus
Clínicas – UFRGS	Presidente Vargas	Divina Providência	Maia Filho
Policlínica Santa Clara ^{**}	Fêmina	Vila Nova	Moinhos de Vento
	Cristo Redentor	Parque Belém	Porto Alegre
	Conceição	Espírita	Clínica São José
		Santo Antônio ^{**}	Santa Rita ^{**}
		São Francisco ^{**}	Brigada Militar [*]

* Hospitais públicos, porém com atendimento exclusivo dos membros do Exército e da Brigada Militar, respectivamente. Não possuem convênio com o SUS.

** Hospitais pertencentes ao Complexo Hospitalar Santa Casa.

A partir da classificação estabelecida, e seguindo o objetivo de buscar casos típicos que oferecessem potencialidade para estudos comparativos, optou-se pela investigação de oito (8) casos, compostos da seguinte forma: dois hospitais universitários, dois hospitais públicos, dois hospitais privados conveniados com o SUS, dois hospitais privados sem convênio com o SUS. O quadro abaixo apresenta os hospitais selecionados:

Quadro 5: Hospitais selecionados como unidades de análise

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	HOSPITAIS PÚBLICOS	HOSPITAIS PRIVADOS CONVENIADOS SUS	HOSPITAIS PRIVADOS SEM CONVÊNIO SUS
São Lucas	Conceição	Divina Providência	Mãe de Deus
Clínicas	Presidente Vargas	Banco de Olhos	Moinhos de Vento

Os critérios para seleção dos casos variaram de acordo com a natureza institucional considerada. Assim, para seleção dos hospitais universitários foram considerados o porte das universidades envolvidas e a sua localização no município de Porto Alegre. Entre os hospitais públicos, optou-se por investigar hospitais administrados por esferas públicas distintas, sendo que o Hospital Presidente Vargas está sob gestão da Prefeitura de Porto Alegre e o Hospital Conceição sob gestão do governo federal. Quanto aos hospitais privados conveniados ao SUS, optou-se por analisar um hospital especializado e um hospital geral, estabelecendo, assim,

outro elemento para consideração da análise. Finalmente, quanto aos hospitais privados sem convênio com o SUS, optou-se por analisar os dois maiores hospitais privados do município.

Portanto, esses critérios procuraram atender à lógica subjacente aos estudos de caso múltiplos, apresentada por Yin (2001), qual seja a de que “cada caso deve ser cuidadosamente selecionado de forma a: a) prever resultados semelhantes (uma replicação literal); ou b) produzir resultados contrastantes apenas por razões previsíveis (uma replicação teórica)”.

4.2. Coleta de evidências

Neste estudo se fez uso de duas fontes de evidência em cada caso selecionado:

- Análise de documentação
- Entrevistas semi-estruturadas

A coleta das evidências foi efetuada a partir de blocos temáticos de investigação definidos com base nas referências teóricas consideradas neste estudo. A constituição dos blocos temáticos, descrita no quadro abaixo, objetivou a construção lógica de um processo que resulte numa combinação adequada das evidências, firmando um “estilo corroborativo de pesquisa” (Yin, 2001, p. 121). Em cada bloco temático foram desenvolvidas questões que conformaram o roteiro para as entrevistas (anexo A).

Quadro 6: Blocos temáticos considerados para a coleta de evidências

BLOCOS TEMÁTICOS
1 - Identificando inovações
2 - Relação entre as inovações e a estratégia empresarial
3 - Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação
4 - Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação
5 - Barreiras à inovação
6 - Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor

As entrevistas semi-estruturadas foram, em geral, a principal fonte da pesquisa. Foram procurados para a entrevista os executivos de maior hierarquia em cada hospital ou, por indicação desses, os executivos responsáveis pela coordenação de ferramentas de gestão, como Planejamento Estratégico e/ou programas de qualidade total. Assim, os entrevistados

ocupam cargos como vice-presidentes administrativos, superintendentes, diretores administrativos, gerentes administrativos e assessores de diretoria voltados para a gestão do planejamento estratégico. Foi entrevistado um executivo em cada hospital, e suas informações foram verificadas a partir da análise de documentação. Em caso de alguma lacuna no roteiro de pesquisa, o mesmo executivo foi novamente contatado. O período de realização das entrevistas foi de dezembro de 2001 a fevereiro de 2002.

4.3. Análise das evidências

A análise dos dados procurou identificar em cada caso, e comparativamente, as seguintes variáveis:

a) Tipos de inovação: classificadas, num primeiro momento, em inovações de produto, de processo, organizacionais, de mercado e adocráticas, e, em seguida, se as mesmas são tecnológicas, não-tecnológicas dependentes de algum equipamento tecnológico e não-tecnológicas independentes de equipamentos tecnológicos.

b) Forças internas: elementos internos à organização que interferem no processo de inovação, como motivações da administração, envolvimento dos trabalhadores e a existência, ou não, de uma estrutura dedicada à inovação.

c) Forças externas: elementos externos (ou ambientais) que influenciam o processo de inovação.

d) Característica da gestão da inovação: procura identificar se a gestão da inovação é uma atividade sistemática, formalizada, relacionada com a estratégia da empresa, se ela é informal, não-intencional ou, por fim, se ela não existe.

e) Barreiras à inovação: dificuldades internas e/ou externas identificadas pelo entrevistado que obstruem o processo de inovação na empresa.

A partir da análise comparativa das variáveis identificadas, com base nos referenciais teóricos desenvolvidos anteriormente, procura-se identificar o processo de inovação, a existência de algum padrão nos casos analisados e a relação dos mesmos com o sistema de inovação.

5. INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Este capítulo apresenta, de forma descritiva, os dados de cada um dos hospitais selecionados. Em cada seção é desenvolvido o relato de um dos casos, seguindo a ordem dos blocos temáticos definidos no capítulo anterior.

5.1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi criado por lei federal em 2 de setembro de 1970, com a natureza jurídica de Empresa Pública de Direito Privado, preservada até hoje. Seu funcionamento efetivo, entretanto, iniciou no ano seguinte com a publicação de seu Estatuto, e o primeiro atendimento ocorreu em fevereiro de 1972. Ocupa uma área de 103.310,8 m², com 771 leitos. O HCPA integra a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, sendo vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e combina, assim, os serviços de assistência médica e de ensino e pesquisa (HCPA, 2002).

Na área de ensino, o HCPA serve a cerca de 1.400 alunos, provenientes dos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Biociências, Educação e Psicologia da UFRGS. Esses alunos estão distribuídos entre as atividades de Residência Médica e Pós-Graduação. Além disso, possui cerca de 2.000 estagiários provenientes de cursos de graduação de várias universidades, além de duas escolas técnicas de nível médio. Em pesquisa o HCPA também é destaque, contando com um Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação que, em 15 anos de existência, possui aproximadamente 4.000 pesquisadores cadastrados e 3.000 projetos elaborados.

O hospital conta com 3.763 funcionários, 243 professores da Faculdade de Medicina e 20 da Escola de Enfermagem da UFRGS, além de 300 médicos residentes.

Na área de assistência médica, o HCPA se notabiliza pelo número de especialidades disponíveis (cerca de 60) e por sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 2000, foram realizadas 550.440 consultas, 29.561 cirurgias, 27.438 internações, 2.044 exames, 4.153 partos e 163 transplantes. Conforme ilustra a tabela abaixo, desse total 90,9% das internações e 98,78% das consultas foram prestadas por meio do SUS.

Tabela 2 – Internações e consultas no Hospital de Clínicas - 2000

Tipo de convênio	Internações	Consultas
SUS	24.938	543.772
Outros convênios e particulares	2.500	6.672
Total	27.438	550.444

Fonte: HCPA, 2002.

Os atendimentos via SUS e outros convênios resultam em um faturamento anual da ordem de R\$ 67 milhões. Esse valor é destinado à cobertura das despesas operacionais e investimentos realizados pelo hospital, uma vez que os gastos com a folha de pagamento, que gira em torno de R\$ 140 milhões, são assumidos diretamente pelo Governo Federal. Estes resultados colocam o HCPA entre as maiores empresas brasileiras, sendo que o jornal Valor Econômico considerou o hospital como a 599^a maior empresa do país, além de classificá-lo como a décima maior empresa do setor de serviços e a empresa brasileira com menor nível de endividamento (HCPA, 2002).

5.1.1. Identificando inovações

As principais inovações identificadas pelo entrevistado estão relacionadas com a aplicação de um programa voltado para o que ele denomina “segurança da indústria da saúde” e que, no âmbito do hospital, foi intitulado de programa de “Qualidade Assistencial”. A essência desse programa é perceber e atuar sobre procedimentos falhos, com o foco no desfecho adequado de cada atendimento. Conforme ele ressalta, em qualquer procedimento médico, em função das variáveis biológicas envolvidas, há um intervalo de possibilidades estatísticas de desfecho, entre as quais se encontra o óbito. A “Qualidade Assistencial” está em efetuar alterações de processos que reduzam esta possibilidade. A diferença, em relação

aos programas de qualidade implementados por muitas empresas, estaria justamente no foco: a busca da excelência do desfecho em vez do processo. Em suas palavras, “a excelência da gestão não é relativa, ela é absoluta”. Esse foco no desfecho, ou foco no cliente/paciente, implica que não basta que os processos estejam bem articulados, reduzindo relativamente os desfechos negativos, mas que seu resultado absoluto seja positivo.

Assim, no âmbito deste programa, o entrevistado ressaltou as seguintes inovações:

a) Correta identificação do paciente: a introdução de uma identificação por meio de uma pulseira colocada no paciente, com a finalidade de evitar equívocos na prescrição de medicamentos ou na execução de procedimentos.

b) Adoção de protocolos de atendimento: para reduzir a variabilidade de procedimentos e estabelecer padrões institucionais de tratamento, o HCPA passou a constituir e adotar protocolos de atendimento. Esses protocolos são elaborados por equipes multidisciplinares do próprio hospital, a partir das experiências desenvolvidas no mesmo. Busca-se, assim, estabelecer qual a “melhor prática” da instituição para determinada enfermidade. A adoção do protocolo é facultativa, mas uma forte política institucional tenta estimulá-la. Uma das formas de estímulo é a facilitação da prescrição de receitas e requisição de medicamentos a partir dos dados da “melhor prática”, como comentaremos a seguir.

c) Prescrição eletrônica: muitas falhas ocorrem pelo não-entendimento do que o médico prescreveu em suas receitas ou solicitações de exames. Para prevenir este tipo de falha, o hospital informatizou o processo de prescrição. A partir dos protocolos definidos o médico é auxiliado “on line” por um software em sua prescrição, recebendo informações que vão desde as “melhores práticas” estabelecidas para aquele procedimento (incluindo exames que devem ser solicitados, quantidades de medicamentos que devem ser prescritas e outros cuidados) até os efeitos colaterais que podem ser decorrentes do medicamento que ele está prescrevendo.

d) Centralização das diluições para doses pediátricas: os medicamentos em geral são fornecidos ao hospital nas quantidades indicadas para adultos. A diluição desses em doses adequadas para uso pediátrico era feita em cada unidade do hospital, em cada posto de enfermagem, de acordo com a especialidade em que a criança estivesse sendo atendida. Esse processo descentralizado fazia com que centenas de pessoas executassem a medição e preparação de doses pediátricas, possibilitando uma variabilidade enorme de procedimentos e ampliando as possibilidades de erro. Assim, o HCPA adotou a centralização das diluições

para doses pediátricas junto ao pessoal especializado da área de Farmácia, a partir da qual é feito o fornecimento nas doses adequadas para cada unidade e para cada caso.

Além das inovações ligadas ao programa de “Qualidade Assistencial”, foram identificadas atividades voltadas para a inovação no setor de Engenharia Biomédica. Essas atividades, no entanto, já não estão inseridas nas proposições estratégicas do hospital. Foi verificado, segundo o entrevistado, que o objetivo de desenvolver tecnologia própria para substituir importações e incrementar as receitas do hospital esbarrava na impossibilidade de competir com as indústrias de vanguarda no setor biomédico, gerando uma relação custo—benefício desfavorável. Um exemplo citado foi o desenvolvimento de uma prótese auditiva que, ao estar em condições de uso e comercialização, já estava atrasada tecnologicamente em duas gerações em relação aos seus concorrentes internacionais. Nessa perspectiva, o setor de Engenharia Biomédica dedica-se hoje, prioritariamente, ao que foi denominado de “clonagem”, ou seja, procedimentos de engenharia reversa em parceria com o Departamento de Engenharia da UFRGS, buscando desenvolver localmente equipamentos não-protegidos por leis de propriedade industrial.

Por fim, são identificadas inovações na área técnica, ou seja, na atividade médica. Dentre essas, destacam-se as inovações na área de Endocrinologia, em que foram desenvolvidos novos métodos de diagnóstico de diabete e de problemas na tireóide, e na área de Genética, na qual, em parceria com o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, inovações em terapia gênica têm sido desenvolvidas.

As motivações para essas mudanças, em especial as relacionadas com a “Qualidade Assistencial” e as inovações na área médica propriamente dita, são identificadas no caráter acadêmico da instituição e, por conseguinte, na vinculação acadêmica de seus gestores. Segundo o entrevistado, esse perfil acadêmico é o responsável pelo contato com novas formas de gestão e pelo estímulo em desenvolvê-las no HCPA.

5.1.2. Relação entre as inovações e a estratégia empresarial

A confecção de um planejamento centralizado do hospital só foi retomada em 2001. O entrevistado dá conta de razões históricas que implicavam a não utilização de metodologias apropriadas de planejamento e a descentralização deste. Notadamente, relata, havia um distanciamento entre a área administrativa e a área médica. Esse distanciamento, afirma, era

causado pela forte ligação dessa última com a Universidade e pela resistência da primeira ao perfil acadêmico.

Hoje, o hospital utiliza-se das técnicas difundidas de Planejamento Estratégico, porém com um foco diferenciado, como relatamos. Muito mais do que excelência em processos, esses são encarados como um meio importante, cuja dimensão não pode suplantiar a preocupação com o resultado do atendimento ou, nas palavras do entrevistado, “o foco paciente/desfecho”. Segundo sua percepção, todas as diretrizes em direção às mudanças e, portanto, às inovações são decorrentes desse foco. Assim, o resultado do planejamento da instituição aponta para as principais mudanças necessárias dentro da perspectiva fundamental da “Qualidade Assistencial” e para um “Plano Geral de Investimentos”, destinado em parte a novos projetos e, em parte, para manutenção da capacidade tecnológica instalada. O volume de investimento alocado gira em torno de 3% a 4% da receita operacional/ano, algo por volta de R\$ 2,01 a R\$ 2,68 milhões, considerando a receita operacional mencionada anteriormente, de R\$ 67 milhões. Embora haja esse plano de investimentos definido, incluindo a especificação dos investimentos voltados para as atividades inovadoras, e indicadores construídos para avaliar sua repercussão, ainda não há como estabelecer uma relação de causa e efeito entre os resultados que o hospital vem alcançando e a implementação de mudanças. Em especial quanto ao programa de “Qualidade Assistencial”, a série histórica desses indicadores é bastante incipiente, o que, por sua vez, não tem impedido sua utilização para correções pontuais de rumo.

Além disso, um conjunto de inovações foge à percepção da administração central. Isso advém de um processo decorrente da atividade acadêmica. O hospital possui em suas especialidades vários grupos de pesquisa, que geram na assistência um conjunto de mudanças não-planejadas. Novos métodos de diagnóstico e novas possibilidades em exames laboratoriais foram identificados apenas depois de já constituídos, sem qualquer vinculação com o planejamento centralizado, que, por sua vez, só procura estabelecer condições de apoio à atividade de pesquisa, sem interferir diretamente em seus rumos. É o que o entrevistado qualificou como “processo de geração espontânea”, presente em vários pontos do hospital e praticamente não-mensurado.

5.1.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação

O HCPA não possui uma estrutura dedicada à gestão da inovação. A partir das diretrizes do Plano Geral de Investimentos e do programa de Qualidade Assistencial, a direção reúne equipes multifuncionais que elaboram o novo serviço. É o caso, por exemplo, do processo de formulação dos protocolos de melhores práticas, organizado a partir da formação de grupos de especialistas de acordo com a enfermidade analisada. Além disso, há uma equipe vinculada à vice-presidência administrativa que acompanha a execução do planejamento definido. Como relatamos anteriormente, no nível técnico as inovações são postas em prática a partir de grupos de pesquisa vinculados às especialidades médicas, seguindo uma dinâmica acadêmica própria. Nesse caso, reitera o entrevistado, a administração procura agir como facilitadora dos projetos de pesquisa e desenvolvimento.

Do ponto de vista do preparo desses agentes internos para o processo de inovação, pode-se afirmar que há uma preocupação sistemática de oferecer treinamento para os profissionais de nível médio da área técnica e administrativa. Quanto aos médicos, além da vinculação com a Faculdade de Medicina, há o treinamento das equipes para difusão dos protocolos de melhores práticas.

Não se observa, recentemente, qualquer mudança na organização do trabalho que tivesse como objetivo estimular a participação desses agentes no processo de inovação. Segundo observado, a estrutura bastante rígida do hospital, em razão de sua natureza de empresa pública, permanece predominantemente inalterada.

5.1.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação

a) Influência direta de atores externos no processo de inovação

A participação dos agentes externos no processo de inovação, considerando aí fornecedores, pacientes, outros hospitais, enfim, é bastante restrita. Segundo nosso entrevistado, a natureza do processo de compra do hospital, seguindo os preceitos legais da Administração Pública que exigem o processo licitatório, absolutamente impessoal, impede uma relação mais próxima com o fornecedor para o desenvolvimento de licitações. Recentemente, o hospital passou a adotar duas medidas. Em primeiro lugar, a expedição de pareceres técnicos que definem a possibilidade de inclusão de determinado item nos processos licitatórios. Em segundo lugar, adotou modalidades novas de negociação e execução do processo de licitação, como, em especial, o “pregão eletrônico”, mecanismo pelo qual, por

meio da Internet, são coletadas as propostas de preços para venda. Segundo o relato, essas novas iniciativas resultaram numa redução de 8,2% no custo médio dos contratos.

Mesmo assim, o hospital tem buscado iniciativas de cooperação, em especial tentando reduzir o valor de seu estoque, que, em média, gira em torno de R\$ 6 milhões. Esse volume de estoque é justificado pela distância dos fornecedores, majoritariamente localizados em São Paulo e no Rio de Janeiro. Buscando reduzir esse valor, o hospital tem negociado com os fornecedores a disponibilização de seus produtos por intermédio de consignação. Com isso, o faturamento só se daria quando efetivamente gasto, reduzindo substancialmente o custo de estoque.

Quanto ao envolvimento dos pacientes, ou usuários em geral, o entrevistado relata inexistirem mecanismos institucionais que busquem incorporá-los na definição dos serviços e na sua melhoria. É elaborada periodicamente uma pesquisa de satisfação dos usuários, considerada pelo entrevistado, no entanto, como ainda não-adequada, em especial dificultando a elaboração de propostas operacionais. Em suma, diz, “nesta área nós improvisamos”.

Ainda, mencionando a relação com outros hospitais, ele ressalta que há acordos tácitos para troca e empréstimo de medicamentos e equipamentos, em casos de urgência. Parcerias voltadas para o desenvolvimento de algum projeto conjunto, entretanto, não são verificadas. Na relação com outros hospitais, destaca, no entanto, a participação no projeto Centros Colaboradores em Gestão Hospitalar, promovido pelo Governo Federal, em que o hospital presta consultoria em gestão para o Hospital Universitário da Universidade Federal de Pernambuco.

b) Influências do ambiente institucional, setorial e gerencial sobre o processo de inovação

O entrevistado considera que “não se mudaria nada se não fosse a intervenção externa” e destaca duas importantes influências. Uma, de natureza institucional, relaciona-se com a mudança de concepção do Estado brasileiro, e a outra está relacionada com a evolução do conhecimento científico na Medicina.

Do ponto de vista institucional, aponta uma mudança no Estado brasileiro, a partir da qual não se tem mais a garantia de manutenção da atividade, uma vez que o subsídio total ao hospital foi cancelado. O hospital passa, assim, a procurar alternativas que lhe garantam sustentabilidade própria. Em especial, busca encontrar formas de garantir a sua “viabilidade tecnológica”. Nesse aspecto, a incerteza quanto à fonte dos recursos induziu à procura pelo desenvolvimento de inovações capazes de proporcionar sustentabilidade ao hospital. Além

disso, a evolução do conhecimento na Medicina leva o hospital a implementar inovações. Elas ocorrem de forma diversificada no hospital e estão relacionadas intimamente com sua vocação acadêmica. Na avaliação do entrevistado, “conhecimento é a área em que nós podemos concorrer”.

5.1.5. Barreiras à Inovação

Analisando as principais barreiras à inovação, foram citados dois grandes problemas:

- a) A pressão da indústria para a introdução de novas tecnologias;
- b) O fato de o médico ser o real ordenador de despesas, com uma certa “autonomia” que parece diminuída pelo programa de “Qualidade Assistencial”.

Esses dois fatores atuam no sentido de reduzir a possibilidade de planejamento das mudanças, uma vez que fogem à governabilidade da administração. Mesmo assim, considera que “a fase inicial de quebra de paradigma foi vencida e as mudanças em curso são irreversíveis”.

5.1.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor

Na percepção do entrevistado, a “introdução de mudanças é ainda uma atividade amadora no hospital, e considerando a indústria de saúde como um todo ela também é muito incipiente no Brasil”. Ainda segundo suas palavras, “a administração é refém do médico”, que tem toda autonomia para alterar os procedimentos recomendados. Considera que, no HCPA, só está se conseguindo planejar e executar inovações pela sua natureza acadêmica.

5.2. Hospital São Lucas

O Hospital São Lucas (HSL) é um hospital universitário, de natureza privada e de finalidade filantrópica, vinculado à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). O hospital iniciou suas atividades em 1976 e ocupa hoje uma área de 55.000 m², onde se encontra também seu Centro Clínico. Possui 539 leitos e um corpo clínico com cerca de 550 médicos, sendo a maior parte desses professores da Faculdade de Medicina da PUC-RS. O HSL caracteriza-se por ser um hospital geral, onde estão disponíveis 63 especialidades

(HSL, 1998). Nessa condição, o hospital procura combinar em suas atividades a assistência, o ensino e a pesquisa (HSL, 2002).

Na assistência médica, o hospital cumpre um importante papel dentro do SUS. Conforme podemos verificar na tabela abaixo, as consultas prestadas a usuários do SUS atingiram 63,20% do total em 2000 e 59,45% em 2001.

Tabela 3 – atendimentos prestados pelo Hospital São Lucas – 2000 e 2001*

Tipo de Atendimento	2000	2001
Consultas SUS	181.374	180.382
Consultas Outros Convênios	105.636	123.011
Exames	1.623.469	1.745.607
Internações	27.474	27.605
Cirurgias	18.663	19.319
Partos	3.566	3.165

* Os dados de 2001 incluem uma projeção para o mês de dezembro, uma vez que os resultados efetivos ainda não estavam disponíveis.

No ensino, o hospital possui como destaque os programas de apoio a estágios e de residência médica. Os estágios envolvem alunos de pós-graduação, graduação e ensino profissionalizante (869 alunos em 2000 e 974 em 2001), provenientes de diferentes unidades da PUC-RS e também de outras universidades e escolas de ensino médio. A residência médica envolve cerca de 170 alunos, distribuídos em 26 especialidades oferecidas.

Na pesquisa, os resultados do HSL estão sintetizados na tabela abaixo:

Tabela 4 – Tipos de pesquisas realizadas no Hospital São Lucas – 2000 e 2001

Tipo de Pesquisa	2000	2001
Ensaio Clínicos (Laboratório Farmacêutico)	43	41
Pesquisas Clínicas	14	45
Tema Livre (Médicos Residentes)	94	107
Doutorado/Mestrado/Especialização	31	50
Total	182	243

5.2.1. Identificando inovações

As principais inovações identificadas recentemente estão relacionadas com investimento em ampliação da capacidade física, tecnológica e modificações dos fluxos e processos:

a) novo ambulatório: a introdução de um novo ambulatório, além de ampliar a disponibilidade de serviços, espelha uma nova concepção. Baseado em modelos internacionais, o novo ambulatório organiza os serviços tendo o cliente como o centro, de forma que o acesso aos mesmos seja mais ágil e evite deslocamentos desnecessários.

Fundamentalmente, o novo ambulatório concentra recursos de alta capacidade com o objetivo de viabilizar procedimentos que abreviem ou dispensem o processo de internação hospitalar. Para isso, a concepção assistencial do novo ambulatório inclui, além dos serviços já existentes, a prestação de novos serviços e serviços multidisciplinares como Nutrição, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e Fonoaudiologia, dentro do conceito de “Atendimento Global ao Paciente”. A capacidade estimada de atendimento é de 400.000 pacientes por ano (HSL, 1998).

b) Centro de diagnóstico por imagem: um conjunto de investimentos e parcerias possibilitou a formatação de um serviço de diagnóstico por imagem plenamente atualizado tecnologicamente.

c) Novo modelo de gestão: as principais mudanças introduzidas no hospital têm sido relacionadas à alteração de fluxos e processos. Envolvem um sistema de gestão que engloba a introdução de ferramentas adaptadas de Planejamento Estratégico, gerenciamento de processos e qualidade de vida no trabalho. Esse novo sistema de gestão, denominado na instituição como “Plano de Desenvolvimento Institucional”, prevê a transição de uma estrutura orgânica para uma estrutura funcional, priorizando a inter-relação dos processos de trabalho direcionados à melhoria contínua dos resultados. “O foco é a satisfação das necessidades e expectativas dos clientes” (HSL, 1998, p. 10). Desse ponto de vista organizacional, as conseqüências passam por um novo organograma, em que transparecem a redução de camadas hierárquicas e a integração entre unidades funcionais.

Em relação ao conceito de “Atendimento Global ao Paciente”, o hospital tem procurado, por meio de investimentos em informática e segurança da informação, redirecionar o pessoal ligado a atividades-meio para atividades ligadas diretamente à assistência do paciente. Esse princípio tem sido levado para a gestão da rotina dos serviços, baseado num tripé que envolve: foco no cliente, melhoria dos processos e motivação/comprometimento (HSL, 1998).

Outra inovação organizacional importante é a criação do Centro de Interação Assistência/Pesquisa/Ensino (Cinape). O Cinape atua como uma agente da interação entre ensino, assistência e pesquisa no HSL e do hospital com as unidades acadêmicas da PUC-RS. Segundo as informações do entrevistado, mesmo considerando outros hospitais universitários, esse é o único serviço dessa natureza existente no Brasil.

As motivações dessas mudanças podem ser encontradas em dificuldades vividas pelo hospital na década de 90, quando suas atividades precisavam ser subsidiadas com recursos da universidade. Após uma recuperação financeira concluída em 1995, estabeleceu-se uma nova concepção administrativa. Assim, o conjunto das inovações apontadas teria como origem a preocupação com a auto-sustentação do hospital.

5.2.2. Relação entre as inovações e a estratégia empresarial

A estratégia do hospital está baseada em três objetivos: produtividade, competitividade e atualização tecnológica. Segundo o entrevistado, esses objetivos devem ser articulados e perseguidos com o foco estratégico em ser “um bom hospital de ensino”. Isso, no entanto, só é considerado possível se o hospital estiver numa situação econômico-financeira que permita sua auto-sustentação. Para que possa atingir este objetivo, o HSL precisa obter índices de produtividade em seus serviços que o mantenham competitivo. Além disso, é necessário que o hospital esteja atualizado tecnologicamente em relação aos demais, de forma que o ensino e a pesquisa realizados na instituição possam estar sintonizados com a realidade de mercado.

Essa estratégia, explicitada no já citado “Plano de Desenvolvimento Institucional”, é acompanhada, ainda, por um “Plano de Investimentos”. Via de regra, todas as inovações implementadas constam do “Plano de Desenvolvimento Institucional” e do “Plano de Investimentos”. Também em função desses mecanismos, integrantes do novo modelo de gestão, uma série de indicadores foram definidos em cada unidade funcional para avaliar o impacto das ações implementadas. Entre eles está o chamado indicador de produção de serviços, que inclui a taxa de permanência dos pacientes internados. Em 2000, essa média ficou em 6,7 dias.

5.2.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação

A condução do processo de inovação é fundamentalmente feita pela direção do hospital. As inovações que exijam investimentos devem constar do plano respectivo, após aprovação da Direção Técnica. A partir daí, cada unidade funcional responsável pela condução de um serviço é assessorada pelo “Núcleo de Apoio à Gestão”, um grupo multidisciplinar que acompanha a aderência entre as diretrizes do planejamento estratégico e as atividades desenvolvidas. Apenas no que tange aos protocolos clínicos e suas eventuais alterações há autonomia dos grupos acadêmicos, desde que não envolva novos investimentos.

O envolvimento dos agentes internos passa ainda pelo “treinamento consequente”, isto é, um programa de treinamento adaptado aos desafios estratégicos colocados.

Do ponto de vista da organização do trabalho, há importantes alterações. Com a redução das camadas hierárquicas e a criação de unidades funcionais procura-se estabelecer uma visão de processo, em que essas unidades devem estar cada vez mais próximas do cliente e voltadas a adequar esses processos às necessidades desse cliente.

5.2.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação

a) Influência direta de atores externos no processo de inovação

Destaca-se no hospital sua preocupação com o sistema de saúde. Decorre daí seu relacionamento intenso com a Secretaria Estadual da Saúde, com a Escola de Saúde Pública, com a Secretaria Municipal da Saúde e com o Conselho Municipal de Saúde, o que leva o hospital a considerar seu papel nesse sistema sempre que estabelece suas diretrizes estratégicas.

Na relação com fornecedores, destacam-se parcerias como a realizada na constituição do centro de diagnóstico por imagem com a empresa Siemens. Isso, no entanto, não é apresentado como um envolvimento sistemático nas atividades inovadoras desenvolvidas pelo hospital.

A relação com outros hospitais, por sua vez, pode ser definida como uma parceria tácita, envolvendo empréstimos e trocas de medicamentos e equipamentos, sem, no entanto, se observar o desenvolvimento de serviços em conjunto.

O destaque fica na preocupação com os pacientes/clientes que são o foco da gestão, embora não haja mecanismos institucionalizados para o seu envolvimento.

b) Influências do ambiente institucional, setorial e gerencial sobre o processo de inovação

Na influência de trajetórias externas destacam-se dois pontos: a evolução dos modelos de gestão hospitalar e o estilo Marista.

A evolução dos modelos de gestão hospitalar é apontada como um estímulo à inovação. Isso porque a adesão dos hospitais a programas de qualidade tem conduzido a uma preocupação expressiva com a transparência dos dados, com a avaliação externa, o que induz à busca de uma excelência na gestão.

O HSL é uma instituição mantida pela Congregação Marista, o que impõe a necessidade de adaptar a gestão do hospital aos preceitos defendidos pela congregação.

5.2.5. Barreiras à Inovação

A principal barreira à inovação relatada reside na cultura organizacional. Em parte, pela dificuldade enfrentada em modificar as formas de organização do trabalho e estabelecer uma visão de processo em detrimento de uma visão departamental. Parcialmente, também,

devido à postura de pouco envolvimento verificada nos profissionais de nível operacional e à dificuldade de motivá-los dentro da estratégia definida.

Visualizando a situação de mercado, identifica alguns desafios, como a necessidade de continuar implementando novos serviços (destaca o serviço de “homecare”) e de implementar a gestão de novas formas de negócio, em face da instabilidade do mercado de saúde, em especial no que tange aos financiadores privados (convênios ou planos de saúde). Essas dificuldades são potencializadas, uma vez que o hospital precisa manter sua excelência no ensino paralelamente a sua sustentabilidade econômico-financeira.

5.2.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor

Numa análise do setor, o entrevistado aponta grande preocupação com o setor público, por não verificar uma preocupação consistente com novas metodologias de gestão. Um exemplo disso, ressalta, é a dificuldade de avaliação da satisfação dos usuários do SUS, que, frente às dificuldades do sistema, possuem um grau de exigência baixo, contentando-se com o simples atendimento.

Na evolução da gestão do hospital, vê pontos preocupantes na necessidade de redirecionamento do negócio em função de mudanças rápidas, como a introdução de programas de saúde da família, que procuram reduzir o número de hospitalizações. Entende que, nesse sentido, a gestão da inovação no hospital ainda é falha, pois a busca de manter-se como um centro de referência deve ser constante e deve garantir o espaço do hospital no mercado.

5.3. Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas

O Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) foi municipalizado em setembro de 2000, por meio de um termo de cessão celebrado entre o Governo Federal e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Desde então o hospital vinha sendo administrado por uma comissão de direção. Em novembro de 2001, após discussões em torno de qual seria a melhor formatação institucional para o HMIPV, foi definida sua vinculação direta à administração centralizada do município, passando então a contar com uma unidade orçamentária específica no orçamento e a dispor de uma direção composta por 11 pessoas e protagonizada por uma diretora-geral.

5.3.1. Identificando inovações

O ambiente de transição vivido no hospital desde a assinatura do termo de cessão inibiu o surgimento de novas iniciativas, em especial na área técnica. As principais inovações identificadas no âmbito do HMIPV estão relacionadas às modificações no modelo de gestão.

Nesse sentido, destaca-se a substituição da organização departamental pelas “coordenações de linhas de cuidado”, compartilhadas por médicos e enfermeiras de todas as especialidades necessárias para dar conta de determinado “cuidado”. Em síntese, essa mudança possibilita uma “visão global da assistência”, fazendo com que o paciente receba o atendimento de forma integrada com todos os recursos disponíveis no hospital, evitando erros decorrentes de problemas de comunicação interdepartamental ou mesmo da execução de procedimentos incompletos.

Outra inovação bastante recente é a entrada do hospital na Central de Marcação de Consultas do município. A entrada na Central significa a integração do hospital ao sistema de saúde do município e possibilita que as consultas no ambulatório sejam direcionadas ao público-alvo do hospital. Além disso, como a Central, e agora o hospital, viabiliza a marcação “on line” das consultas, esse procedimento elimina filas e permite o aumento na velocidade de resolução dos atendimentos.

Na área técnica, o destaque é o “Projeto Mamã Canguru”. O projeto, desenvolvido inteiramente pela equipe técnica do hospital, substitui o tratamento dado a recém-nascidos de baixo peso, em incubadoras, pelo contato direto com o corpo da mãe. O bebê fica “amarrado” à mãe de forma que possa receber, além do calor necessário e da alimentação adequada para recuperação do peso, também o carinho e a tranquilidade necessários para sua recuperação.

As motivações para essas mudanças estão no objetivo de retomar o status de referência que o hospital detinha, em especial tratando-se de gravidez de alto risco. Como parte desse processo, apresentou-se como estímulo mais imediato a necessidade de reduzir o número de leitos ociosos do hospital, que decorrem em parte da baixa produtividade, mas principalmente da escassez de recursos humanos.

5.3.2. Relação entre as inovações e a estratégia empresarial

O processo de transição da gestão federal para a municipal resultou também na retomada de um planejamento centralizado das ações. Com o apoio da Fundação Getúlio

Vargas, foram estabelecidas como diretrizes a retomada do papel de referência do HMIPV em gravidez de alto risco e o combate à ociosidade dos recursos existentes no hospital. As inovações relatadas estão relacionadas com o planejamento estratégico da instituição, em especial sob a diretriz estratégica de buscar uma “visão global da assistência”. Os investimentos necessários para as novas atividades, por exemplo, estão todos previstos no planejamento, em especial pela natureza pública da instituição e a necessidade, daí decorrente, de eles estarem na previsão orçamentária do município.

O período absolutamente curto de implementação dessas mudanças não permitiu ainda que os indicadores desenvolvidos permitam uma avaliação do impacto dessas inovações.

5.3.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação

As inovações definidas no planejamento estratégico são propostas pelas variadas “linhas de cuidado”. Sua incorporação ao planejamento estratégico depende da avaliação da direção sobre a compatibilidade com as diretrizes da instituição e a disponibilidade de recursos. Uma vez aprovada, entretanto, a execução das mudanças fica a cargo da coordenação à qual a atividade está submetida.

A necessidade de implementar um conjunto de mudanças tem levado à elaboração de um novo modelo de gestão de Recursos Humanos, que passa por uma nova política de treinamento, ainda não implementada, e se baseia na organização do trabalho em equipes, dentro das “linhas de cuidado”.

5.3.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação

a) Influência direta de atores externos no processo de inovação

As mudanças que estão sendo implementadas não possuem a influência de agentes externos. Não há mecanismo para identificar as necessidades dos clientes. A natureza pública do hospital faz com que o mesmo tenha que manter uma relação contratual com os fornecedores, via licitação. Recentemente, com a definição do hospital como unidade orçamentária ligada à administração centralizada da prefeitura, esta ligação tornou-se ainda mais distante, uma vez que as compras são feitas pela Secretaria da Fazenda da Prefeitura.

Finalmente, em relação aos demais hospitais, há parcerias informais para troca de medicamentos e medicamentos em casos de urgência e também para execução de exames

especializados. Nesse último caso, as relações chegam a ser formalizadas via convênios entre a Secretaria Municipal da Saúde e os demais hospitais.

b) Influências do ambiente institucional, setorial e gerencial sobre o processo de inovação

A principal influência institucional é a da hierarquização/formalização da gestão pública. Em especial, essa influência tem gerado alguns problemas pela relação entre os servidores municipais e federais e suas diferentes tradições gerenciais.

Destaca também as exigências dos conselhos profissionais, que, embora não estabeleçam exigências demasiadas, estariam na contramão da “horizontalidade” que o HMIPV está tentando implementar, ao impor a necessidade da figura de enfermeira-chefe, por exemplo.

5.3.5. Barreiras à inovação

O principal obstáculo à implementação de inovações no hospital é a falta de recursos humanos. Conforme nossa entrevistada, “todo o planejamento está parado porque não há recursos humanos”.

Além disso, há problemas de natureza trabalhista. O hospital reúne servidores em três regimes de trabalho diferenciados: servidores municipais, servidores federais e terceirizados. Esses últimos, por força legal, devem ser dispensados e, juntamente com os servidores que se aposentam, não estão sendo repostos.

5.3.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor

A entrevistada considera a gestão do hospital inovadora, o que torna a possibilidade de mudança bastante presente e estabelece a oportunidade de estabelecer um atendimento diferenciado. Mais do que isso, mostra a viabilidade do serviço público e do SUS.

Em relação ao setor, entende que há uma diferenciação dos hospitais privados, onde os conceitos de “horizontalização”, de gestão da qualidade e de trabalho em equipe, agora sendo implementados no HMIPV, estão bem mais difundidos.

5.4. Hospital Nossa Senhora da Conceição

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é uma sociedade anônima, na qual 99% das ações são de propriedade do Governo Federal. O hospital pertence ao Grupo Hospitalar Conceição, que é integrado ainda pelos hospitais Fêmina, Cristo Redentor e da Criança Conceição. O HNSC é considerado um hospital geral em face do grande número de especialidades que atende, e apresenta um faturamento da ordem de R\$ 6 milhões ao ano, para uma despesa estimada de R\$ 30 milhões, subsidiada, portanto, pelo Governo Federal.

5.4.1. Identificando inovações

Um programa de qualidade que não deu os resultados esperados à época deixou como legado uma preocupação com resultados e indicadores que, retomada recentemente, engendrou um conjunto de inovações na gestão do hospital. Entre elas, podemos citar:

a) Introdução de um modelo de gestão por meio de centros de resultado: da visão departamental passou-se a uma organização baseada em equipes formadas por profissionais alocados de acordo com a finalidade de determinado processo/serviço. A partir dessa definição, foram constituídos indicadores para suporte da decisão gerencial e avaliação de cada centro. Esse modelo está combinado com a noção de “tratamento integrado do paciente”, considerada uma inovação em hospitais públicos, em que toda a assistência ao paciente é providenciada pelo HNSC, mesmo que ele necessite dos cuidados de outro centro de resultados do hospital, de outro hospital do Grupo Hospitalar Conceição ou mesmo de outro hospital da rede pública ou privada.

b) Introdução do planejamento estratégico como ferramenta da gestão: a introdução dessa ferramenta possibilitou que as inovações introduzidas no hospital passassem a ser definidas pela instituição e não surgissem como resultado de iniciativa de algum profissional ou unidade isoladamente. Adicionalmente, estas inovações que surgiam de forma pontual passaram, por meio do planejamento estratégico, a encontrar mecanismos de disseminar o conhecimento e/ou prática gerados numa determinada unidade para toda a organização.

c) Treinamento de pessoal: uma reformulação da política de treinamento de pessoal, com base na necessidade de preparar os funcionários para o novo modelo de gestão, para a exigência de resultados e a capacidade de resolver problemas na sua unidade funcional.

d) Adoção de protocolos de atendimento: a padronização do atendimento por meio da adoção de protocolos estabelece maior segurança sobre a qualidade do serviço prestado pelo hospital e, ainda, maior capacidade de planejamento e economia do uso de materiais.

e) Ampliação do atendimento ambulatorial e programa saúde da família: o aumento da capacidade do ambulatório e da forma de atendimento no mesmo, bem como o programa de saúde da família (modelo utilizado pelo Ministério da Saúde para treinar vários municípios), são inovações introduzidas para reduzir o número de hospitalizações e, mesmo, no caso do tratamento preventivo do projeto “Saúde na família”, a vinda ao hospital por motivos desnecessários, agilizando o atendimento.

f) Ouvidoria e Banco de Idéias: mecanismos adotados para incentivar a participação dos funcionários e usuários do hospital na solução de problemas identificados, em especial no atendimento dispensado pelo hospital.

g) Ginástica Laboral: introduzida para aumentar a qualidade de vida no trabalho, ainda está em caráter experimental.

h) Programa de Humanização do Atendimento: envolve iniciativas culturais, de lazer e de cuidado personalizado que complementarizam o tratamento médico e aumentariam a efetividade dos procedimentos.

5.4.2. Relação entre as inovações e a estratégia empresarial

O processo de vinculação entre as inovações implementadas e a estratégia empresarial está em construção. Como evidenciado pelas inovações listadas acima, a maioria delas é vinculada com o planejamento estratégico, mas muitas mudanças ainda fogem da perspectiva da administração do HNSC e ocorrem no dia-a-dia da prática médica.

De qualquer forma, todas as iniciativas que exigem investimentos necessitam ser incluídas na previsão orçamentária anual, executada como em qualquer instituição pública.

5.4.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação

As inovações implementadas ficam a cargo de cada centro de resultados, que organiza, para isso, times multidisciplinares.

A nova concepção de gestão, baseada nesses centros, por um lado exigiu a adoção de nova política de treinamento dos funcionários, habilitando-os às exigências de maior participação, e, por outro, fez com que aumentasse o comprometimento dos mesmos na solução de problemas. A tal ponto, que a administração sofre hoje com a falta de recursos para implementar muitas das soluções propostas.

Há, ainda, um papel central desempenhado pelos médicos. Sua atuação em outros hospitais, e também em seminários e eventos científicos, é fonte permanente de informação e difusão de inovações.

5.4.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação

a) Influência direta de atores externos no processo de inovação

A influência dos agentes externos no processo de inovação pode ser identificada na importância de alguns atores: fornecedores, clientes/pacientes, outros hospitais e setor público.

A relação com fornecedores é bastante ambígua. Por um lado, o entrevistado comenta que “o fornecedor traz tecnologia que não interessa, não há cooperação”. Sua alusão é ao fato de os fornecedores conseguirem induzir nas unidades a demanda por novos equipamentos que não alteram a eficiência dos processos e apenas elevam os custos. Para evitar isso, uma vez que o procedimento de aquisição de materiais é necessariamente por licitação, foi criada a exigência de parecer técnico aprovando os itens solicitados pelas unidades antes que os mesmos sejam considerados para compra. Além disso, a adoção de mecanismos mais ágeis de compra, como o “pregão on line”, estabeleceu um caráter mais rápido e impessoal para o processo. Por outro lado, iniciativas de parceria, especialmente envolvendo comodato de equipamentos, têm auxiliado na atualização tecnológica dos procedimentos do hospital.

Quanto aos usuários, os mecanismos de interação ainda são poucos, mas várias sugestões trazidas via Banco de Idéias ou Ouvidoria já foram incorporadas ao planejamento e se transformaram em ações institucionais.

A relação com outros hospitais também é bastante incipiente e reside basicamente na realização de visitas para conhecer alguns procedimentos.

Quanto ao setor público, a natureza do hospital implica um peso importante nessa relação. Um conjunto de demandas legais e também políticas, de várias instâncias, como o

Ministério Público e a Assembléia Legislativa, pressionam o hospital à busca de alternativas inovadoras que as compatibilizem com a possibilidade técnica e com sua viabilidade financeira.

b) Influências do ambiente institucional, setorial e gerencial sobre o processo de inovação

Duas grandes influências sobre o processo de inovação do hospital são percebidas. Em primeiro lugar, as políticas conduzidas no âmbito do Ministério da Saúde influenciam diretamente os rumos do hospital, sobrepondo-se, muitas vezes, ao que é planejado internamente. Em segundo lugar, a adesão dos hospitais em geral a programas de qualidade, como o Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade, leva à necessidade de todos se adequarem para manter sua imagem e competitividade.

5.4.5. Barreiras à inovação

As principais dificuldades enfrentadas pelo hospital na condução dos processos de inovação estão fora da instituição.

Em primeiro lugar, a dificuldade de organização do sistema de saúde municipal impede o planejamento adequado do HNSC. No modelo atual, ele é “uma instituição que não tem clareza dos seus limites”, trabalhando sempre com a “porta aberta”, sem uma definição da sua parcela de atuação no sistema. Isso expõe o planejamento a um conjunto de variáveis enorme, que estabelece inúmeras possibilidades de erro.

Em segundo lugar, a natureza pública do hospital estabelece uma tensão política sempre presente. Por várias ocasiões, em trocas de ministro ou em eleições presidenciais, é discutida a manutenção do Grupo Hospitalar Conceição. Por razões óbvias, isso limita o horizonte de planejamento e estabelece um ambiente de incerteza e desconfiança sempre que uma inovação é proposta.

5.4.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor

Mesmo com as dificuldades mencionadas na seção anterior, a percepção é de que a gestão de processos de mudança no hospital está mais sistemática. Isso é atribuído a uma certa estabilidade política nos últimos anos e a uma condução mais técnica da administração.

Quanto ao setor hospitalar, o entrevistado, a partir de sua experiência na relação com hospitais em todo o Brasil, considera o Rio Grande do Sul um estado diferenciado em termos de inovação e qualidade. Em síntese, entende que há uma profissionalização crescente do setor de saúde em relação a uma postura menos focada em resultados vigente no passado.

5.5. Hospital Banco de Olhos

O Hospital Banco de Olhos (HBO) é especializado na assistência médico-hospitalar em oftalmologia, sendo considerado uma das três instituições mais importantes do país nessa área. Fundado em 1956, o HBO é uma empresa privada, sem fins lucrativos, mantida pela Congregação das Irmãs Filhas do Sagrado Coração de Jesus. Ocupa hoje uma área de 7.876 m², onde disponibiliza 40 leitos e conta com 84 funcionários (HBO, 2001). O volume de atendimento do hospital é de cerca de 20.000 consultas e 5.000 cirurgias ao ano, resultando num faturamento da ordem de R\$ 4 milhões.

5.5.1. Identificando inovações

As principais inovações identificadas pelo entrevistado são:

a) Introdução do gerenciamento pela qualidade. Isso implicou, por sua vez, a mudança de foco das atividades em direção às necessidades do cliente, a adoção do trabalho em equipe e adoção de indicadores para o acompanhamento da gestão. Segundo o entrevistado, “nós introduzimos esta inovação na gestão do negócio, que é como qualquer indústria trabalha: com indicadores, dando informações para as pessoas sobre o andamento da organização”.

b) Introdução de uma nova especialidade, a cirurgia plástica.

c) Criação de unidades-satélite. Por meio da parceria com centros clínicos ou associações de médicos, o hospital disponibiliza os serviços de assistência oftalmológica, incluindo a instalação de equipamentos, com o objetivo de ampliar suas formas de captação de clientes.

d) Aquisição de equipamento para cirurgia refrativa. A cirurgia refrativa é voltada à correção dos problemas de astigmatismo, miopia e hipermetropia. O equipamento adquirido permite realizar a cirurgia, que é feita a laser, com o menor risco possível, em função de sua capacidade de precisão na definição do ponto de intervenção cirúrgica no olho. Essa tecnologia teria sido desenvolvida para aproximação de naves espaciais de estações espaciais

ou de satélites e adaptada à cirurgia oftalmológica, em virtude da quantidade de vibrações do olho que dificultam a precisão da cirurgia quando esta fica a cargo apenas da percepção do médico.

As motivações para essas inovações residem em dois pontos básicos. Em primeiro lugar, conforme HBO (2001, p. 4), “a oftalmologia caracteriza-se pelo uso intensivo de tecnologia de alta complexidade”. Assim, uma organização que trabalha com serviço oftalmológico necessita estar constantemente atualizada tecnologicamente e oferecendo serviços inovadores que lhe permitam manter e ampliar sua competitividade. Isso se reflete, por exemplo, na redução do tempo de internação e recuperação dos pacientes, ambas tendências do setor que necessitam de novos equipamentos e novos procedimentos para serem viabilizadas.

Resta, ainda, uma segunda razão: a influência das fontes pagadoras. Embora o hospital preste serviços ao SUS, seu faturamento é fortemente dependente dos planos de saúde privados, que pressionam para redução dos custos por procedimento e pela redução de procedimentos que, por sua vez, exigem novos modelos de gestão e nova capacidade tecnológica.

5.5.2. Relações entre inovações e a estratégia empresarial

A partir de 1999 o hospital ingressa no Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade (PGQP), adotando as ferramentas de gestão ali previstas, entre elas, o planejamento estratégico, elaborado para um horizonte de quatro anos, com revisões anuais (HBO, 2001). Desde então, todas as modificações implementadas passam a constar do planejamento. Especificamente, as identificadas na seção anterior constavam explicitamente do planejamento para 2001 e do respectivo plano de investimentos.

As medidas de impacto dessas inovações são estabelecidas por meio de pesquisas de satisfação e da observação de como as iniciativas do HBO repercutem no mercado. Além disso, uma série de indicadores sobre a gestão permitem inferir sobre o desempenho da instituição, mesmo que não exponham claramente a relação com as inovações. Entre esses indicadores podemos destacar os seguintes: satisfação do cliente, lucratividade total, estoque em dias (até o consumo) e tempo de espera do paciente. Esses indicadores, ilustrados na tabela abaixo, refletem melhora no desempenho desde a introdução do modelo de gestão pela qualidade.

Tabela 5 – Indicadores selecionados do Hospital Banco de Olhos – 1999 a 2001

Indicadores	1999	2000	2001
Satisfação do Cliente	95%	95%	96%
Lucratividade Total	-8,58%	8,73%	14,29%
Estoque (dias até o consumo)	56	31	11
Tempo de espera do paciente no pronto atendimento	N.a.	21	18

Fonte: Elaborado a partir de HBO (2001).

5.5.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação

A implementação de uma inovação definida no planejamento estratégico fica a cargo dos setores em que a mesma será desenvolvida. A partir da adoção da gestão pela qualidade, estimulou-se o treinamento, o uso das ferramentas de qualidade e o trabalho em equipe. Essa última é a forma preferencial de condução das atividades, incluindo as inovadoras. Ressalta-se, ainda, o fato de haver um pequeno número de setores e uma estrutura hierárquica reduzida, o que propicia o envolvimento direto da direção em muitos projetos.

5.5.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação

a) Influência direta de atores externos no processo de inovação

Sobre o envolvimento de agentes externos destaca-se o papel desempenhado por clientes, fontes pagadoras, corpo clínico e fornecedores.

Os clientes são estimulados por meio de pesquisas de satisfação, coleta de sugestões, reclamações e pesquisas realizadas na página do hospital na Internet. O objetivo desses mecanismos é de que sejam “instrumento de melhoria contínua dos processos e da satisfação dos clientes que recebem o retorno de suas sugestões” (HBO, 2001, p. 12).

As fontes pagadoras são outra influência importante (como mencionado na seção 5.5.1). O hospital exerce um “monitoramento” dos seus convênios, avaliando, por um lado, a

lucratividade obtida em cada um deles e, por outro, as exigências que, nas palavras do entrevistado, “podem definir as mudanças”.

A integração com o corpo clínico (107 médicos) é colocada como fundamental para “criar novos serviços e adquirir novas tecnologias” (HBO, 2001, p. 11). Da mesma forma, o relacionamento com os fornecedores é bastante valorizado. Apenas seis empresas são responsáveis por 75% das aquisições de materiais e medicamentos. Há um processo de avaliação da qualidade, custo e condições da entrega dos produtos em cada compra. Não há um comitê de fornecedores, mas estão sendo implementadas reuniões nas quais os fornecedores são informados dos resultados e a avaliação é debatida com vistas à melhoria do processo (HBO, 2001).

b) Influências do ambiente institucional, setorial e gerencial sobre o processo de inovação

Do ponto de vista institucional, a principal influência é do caráter confessional da instituição mantenedora. O caráter filantrópico da instituição, por força legal, impõe a necessidade de que 60% do atendimento seja feito pelo SUS ou se comprovem outras ações sociais. Isso exige da instituição a produção de resultados que, além de manter o equilíbrio operacional, permitam sustentar os níveis de investimento e a realização da missão da congregação.

Do ponto de vista gerencial, o entrevistado ressalta que, embora ainda não notada no hospital, a crescente terceirização dos serviços é uma tendência irrevogável no setor de saúde, alterando substancialmente a forma de atender as pessoas.

Além disso, identifica uma grande influência do avanço no conhecimento científico, que tem reduzido o número de procedimentos invasivos, modificando o perfil dos hospitais, em que a internação, praticamente, tem-se voltado apenas para os procedimentos mais complexos ou casos graves.

5.5.5. Barreiras à inovação

As principais barreiras à inovação identificadas no hospital são a cultura organizacional e os recursos financeiros.

O entrevistado caracteriza o modelo de gestão do hospital até a introdução do programa de qualidade como “amador”. Esse modelo não definia responsabilidades, não

estabelecia planos definidos e não trabalhava com projeções. A transformação desse modelo trouxe várias resistências e, em especial, ressaltou a falta de qualificação das pessoas para atuar de acordo com as ferramentas introduzidas.

Além disso, a falta de recursos para investimento é uma preocupação constante. O direcionamento de verbas para equipamentos de alta tecnologia, fundamentais para que o hospital mantenha sua competitividade na assistência oftalmológica, requer altos investimentos, não só pelo seu custo de aquisição, como também por sua alta taxa de depreciação e pela rapidez com que novos equipamentos surgem a todo momento. A falta de recursos e a ausência de mecanismos de financiamento adequados são barreiras para que a organização inove ainda mais, introduzindo novos equipamentos e, assim, viabilizando novos serviços.

5.5.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor

Analisando o hospital, o entrevistado entende que a gestão da inovação ainda é muito incipiente. Embora as inovações estejam previstas no planejamento estratégico, não há considerações mais detalhadas sobre como trazer a gestão da inovação para o dia-a-dia da empresa.

Analisando o setor hospitalar, considera que a área de saúde como um todo ainda está muito atrasada em termos de gestão da inovação. Expõe que as pequenas clínicas tendem a fechar, pelos altos recursos necessários para investir em tecnologia. Enfim, compreende que a evolução do setor hospitalar passa pela consideração de todos os atores que influem na inovação e pela adoção de estratégias inovadoras, irreversivelmente. Em suas palavras, “teremos que fazer gestão da inovação, se não for por amor, será por temor”.

5.6. Hospital Divina Providência

O Hospital Divina Providência (HDP) é uma empresa privada, sem fins lucrativos, mantida pela Sociedade Sulina Divina Providência, pertencente à Congregação das Irmãs da Divina Providência. Fundado em 1969, o HDP ocupa hoje uma área construída de 16.350 m², onde disponibiliza 150 leitos para internação. Com 415 colaboradores e um corpo clínico de 1.600 médicos credenciados, o hospital oferece 13 especialidades cirúrgicas e 12 clínicas. O seu faturamento está na ordem de R\$ 17 milhões, sendo suas principais fontes pagadoras

convênios de saúde privados. Embora possua convênio com o SUS, isso representa apenas 5% do faturamento.

5.6.1. Identificando inovações

As principais inovações identificadas pelo entrevistado foram:

a) Projeto “A Casa é Sua”: é um conjunto de serviços introduzidos no hospital para afirmar uma diferenciação em atendimento, em direção a uma “humanização” no cuidado dos pacientes. O projeto consiste em identificar hábitos da rotina do cliente/paciente que pudessem ser mantidos durante sua estada no hospital: o fornecimento das revistas e jornais da preferência do cliente, livros, serviços de cabeleireiro e outros. Eventualmente, a manutenção de algum hobby, como tricô, crochê, etc. Enfim, um conjunto de serviços adicionais à atividade de assistência médica que pudessem aproximar o ambiente e o cotidiano do hospital no período de internação daquele com que o cliente está acostumado em sua casa.

b) Centro de Tratamento Intensivo Neonatal (CTI Neo-natal): a falta de uma unidade dessa natureza vinha fazendo com que o número de partos realizados no hospital viesse se reduzindo. Assim, para incrementar o número de atendimentos no seu Centro Materno-Infantil e reafirmar sua imagem, construída em boa parte a partir da excelência obstétrica, o HDP investiu na constituição de um CTI Neonatal. Esse novo serviço oferece oito leitos, sendo três para tratamento intensivo e cinco para tratamento semi-intensivo (HDP, 2002).

c) Introdução da especialidade de Oncologia: identificando um segmento de usuários de planos de saúde sem um serviço próprio de Oncologia, o hospital decidiu investir na constituição de uma central de quimioterapia e em toda uma área destinada especificamente a esse serviço.

d) Introdução do serviço de Neurologia, voltado para a prestação de consultas neurológicas e realização de exames como eletroencefalografia.

e) Aquisição de um bisturi especial, capaz de cortar e cauterizar simultaneamente.

f) Desenvolvimento de um software para agendamento do bloco cirúrgico.

As motivações para implementação dessas inovações estão assentadas nas exigências do mercado, em especial pela influência das fontes pagadoras e dos clientes/pacientes, e nas necessidades internas identificadas a partir da avaliação do sistema de gestão do HDP. Nesse

último, a influência no curso das inovações é creditada às percepções da diretoria, em maior grau, e dos colaboradores (médicos do corpo clínico e funcionários).

5.6.2. Relações entre inovações e a estratégia empresarial

Há pelo menos dois mecanismos pelos quais o HDP demonstra a preocupação estratégica com a inovação. O primeiro deles é o Planejamento Estratégico; o segundo é a utilização do método de desdobramento da função qualidade (ou Quality Function Deployment — QFD).

A visão estratégica do hospital está baseada na avaliação sobre a necessidade de seu reposicionamento no mercado, em especial tendo como objetivo a fixação de sua imagem e a identificação do segmento de mercado adequado para sua atuação. A partir dessa percepção, foram definidas as linhas de atuação do Planejamento Estratégico: satisfação do cliente, recursos tecnológicos e área física adequados e satisfação dos médicos e colaboradores. O desenvolvimento dessas linhas de atuação foi estabelecido perseguindo alguns objetivos: acompanhar o desenvolvimento tecnológico, desenvolver um diferencial em termos de atendimento diferenciado e estimular a participação do cliente. A partir daí, diretrizes estratégicas foram definidas: a busca do crescimento, o fortalecimento da marca do hospital (especialmente por meio de projetos sociais e de um forte relacionamento com a comunidade em que o hospital está situado), o alcance de um nível de excelência em gestão dos processos, a intensificação da captação de clientes e a introdução de novos equipamentos e de nova tecnologia, não na condição de inovador, mas na de “seguidor”, não ficando aquém dos seus principais concorrentes. Já a ferramenta de desdobramento da função qualidade foi adotada como forma de identificar e desenvolver, a partir dos dados levantados em pesquisas de satisfação, projetos para novos serviços.

Esses elementos identificam a estreita relação entre as inovações desenvolvidas no âmbito do hospital e a estratégia definida pela sua direção. Da mesma forma, conforme as informações do entrevistado, ficou evidenciada a existência de investimentos planejados explicitamente definidos para implementar essas inovações. Isso é ratificado pela informação de que “todos os projetos de grande porte aprovados pela Diretoria e Entidade Mantenedora e de pequeno porte, aprovados pelos Coordenadores e Diretoria, constam do programa de investimentos anual do hospital, obedecendo a um cronograma de prioridades” (HDP, 2001, p. 38). Embora não haja a possibilidade de verificação direta do impacto dessas inovações no

desempenho do hospital, os indicadores desenvolvidos para avaliar a performance dos processos implementados no HDP permitem inferir a evolução do mesmo a partir das mudanças implementadas. A tabela abaixo ilustra alguns desses indicadores, como o índice de satisfação, posição no mercado de hospitais do Rio Grande do Sul (RS), evolução da receita total, evolução do resultado operacional e margem líquida. Vale observar que, segundo os dados de HDP (2001), o indicador margem líquida, da ordem de 20,79% em 2001, excede em pouco mais de seis vezes a margem líquida média dos principais hospitais gaúchos, situada em 3,35%.

Tabela 6 – Indicadores selecionados de desempenho do Hospital Divina Providência - 1998 a 2000

Indicador	1998	1999	2000
Índice de Satisfação dos Clientes (%)	93,77	94,05	94,2
Receita Total (em mil R\$)	12.913	15.580	17.006
Resultado Operacional (em mil R\$)	3.278	4.075	5.788
Margem Líquida (%)	10,05	8,36	20,79
Posição no Mercado de Hospitais (RS)	13	11	9

Fonte: Elaborado a partir de HDP (2001)

5.6.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação

O HDP possui processos bem definidos para a introdução de inovações. À medida que um problema em algum procedimento é detectado ou uma nova necessidade é identificada, o setor específico faz uma solicitação ao setor de Materiais e Medicamentos. Esse contata fornecedores, verificando alternativas para solucionar o problema, e, em seguida, as fontes pagadoras, para definir a viabilidade econômica. Na seqüência, o projeto elaborado é submetido à direção, que, em caso de aprovação, encaminha ao setor de compras (quando a solução do problema estiver na aquisição de um produto ou equipamento) ou determina a

formação de uma equipe para desenvolver um novo serviço. Essas equipes constituídas para desenvolver um novo serviço, ou mesmo para preparar a implantação de uma nova tecnologia, são formadas de acordo com as peculiaridades da atividade em questão, podendo envolver profissionais de uma ou mais áreas. Além disso, contam com o apoio dos coordenadores de cada área e, de acordo com a importância atribuída ao projeto, com o envolvimento da diretoria. O processo apresenta ainda uma etapa pré-operacional, na qual “tanto na introdução de novas tecnologias como na implantação de novos serviços, são realizadas simulações para detectar possíveis falhas no projeto”. Todos os projetos novos e os que já estão em implementação são acompanhados por uma equipe de “planejamento e articulação”, responsável pela condução do planejamento estratégico. Essa equipe é composta por três membros da diretoria, pela coordenação de qualidade, pela coordenação de recursos humanos e por um psicólogo.

A preocupação com o treinamento dos recursos humanos é constante, por meio de programas voltados à difusão das ferramentas de gestão pela qualidade e, em especial, de gestão de processos. No caso da introdução de novos serviços ou produtos, o envolvimento dos recursos humanos necessários é feito desde as fases iniciais do projeto, possibilitando a familiarização com a nova atividade e a preparação em tempo hábil para utilização de novas tecnologias.

A organização do trabalho em todas as áreas vem sofrendo modificações no sentido de facilitar a identificação de problemas e o encaminhamento de soluções. Fundamentalmente, o HDP desenvolveu um programa de gerenciamento da rotina, no qual o objetivo tem sido, por meio do desenvolvimento de indicadores que estabelecem referenciais padronizados, aumentar a capacidade de avaliação e decisão dos gerentes operacionais. Embora venha investindo em treinamento dessas gerências, o entrevistado ressalta que há baixa qualificação nos níveis médio e operacional, o que tem dificultado a transposição do ferramental desenvolvido para a prática de gestão e, em consequência, retardado a intenção de avançar no sistema de gestão para uma visão processual.

5.6.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação

a) Influência direta de atores externos no processo de inovação

Os principais atores externos identificados foram clientes/pacientes, médicos, fontes pagadoras, fornecedores e outros hospitais.

Os clientes são a fonte fundamental de informação sobre as demandas de novos serviços ou produtos. Nesse sentido, a busca de um “atendimento humanizado”, como relatado na visão estratégica do hospital, está relacionada com a potencialidade que a aproximação com o paciente traz em termos da rápida percepção de suas necessidades e requisitos de satisfação (HDP, 2001). Além da busca do contato direto, via atendimento, o hospital dispõe de mecanismos para coleta de sugestões e reclamações e aplica uma pesquisa de satisfação global dos clientes (cujos resultados podem ser vistos na tabela 6 para os anos de 1998 a 2000), a qual é encaminhada a todos os pacientes do hospital e apresenta uma taxa de resposta da ordem de 55%.

Já o papel desempenhado pelos médicos merece destaque especial, como ilustra a passagem abaixo:

“Os clientes buscam os serviços do HDP através dos profissionais médicos e empresas de convênios de saúde. Os médicos utilizam a estrutura física, tecnológica e humana do HDP para a realização de procedimentos médicos em seus clientes. Estes são considerados os principais parceiros do hospital no seu negócio. Geralmente são profissionais liberais, nas mais diversas especialidades médicas, sem vínculo empregatício, os quais estabelecem uma relação de parceria com a organização, através de credenciamento, interagindo com os demais elementos do sistema de saúde como um todo. É o chamado ‘Corpo Clínico’, composto por 1.600 médicos, que juntamente com a organização perseguem objetivos comuns. O processo assistencial no HDP tem dependência direta do médico, que determina todas as ações de diagnóstico e tratamento do ‘paciente’” (HDP, 2001, p. 18).

Ou seja, os médicos, além de prestarem ao hospital a respeitabilidade técnica que permita consolidar sua imagem como um bom prestador de serviço de assistência médico-hospitalar, atua como a principal fonte de captação de clientes para o hospital. Isso se acentua pelo fato de o HDP não possuir um serviço de emergência ou centros clínicos em outros pontos da cidade, serviços que geralmente cumprem essa função. Assim, são elementos fundamentais nas inovações introduzidas no hospital, não só por seu conhecimento técnico das possibilidades e alternativas de procedimentos, mas por sua proximidade com o paciente e suas necessidades. A confiança dos médicos na atualização tecnológica e no atendimento prestado pelo hospital é elemento fundamental para a viabilidade do negócio.

As chamadas fontes pagadoras, ou empresas de convênio de saúde, como refere o hospital, exercem também uma influência decisiva. Nenhum procedimento novo é introduzido sem que haja a anuência dessas empresas, que cancelam sua viabilidade econômica e, portanto, elevam idéias e proposições à condição de inovação. No caso do HDP, o SUS está entre essas fontes pagadoras. Entretanto, sua participação reduzida na composição do faturamento do hospital reduz em muito sua influência sobre o processo de inovação.

Já a influência dos fornecedores depende do tipo de projeto. O hospital trabalha com 23 fornecedores, sendo 12 de produtos químicos e medicamentos, 7 de materiais médico-hospitalares, 2 de insumos energéticos e 2 de gases medicinais. Quando o projeto envolve a adaptação ou o desenvolvimento de algum produto, ou, ainda, quando o projeto é centrado em um determinado fornecimento, a empresa fornecedora é inserida nos times de projeto e atua conjuntamente desde a sua elaboração. Nesse sentido, “em determinados projetos há o envolvimento não só dos fornecedores da tecnologia, mas também daqueles que devem garantir os insumos para a produção dos serviços” (HDP, 2001, p. 38). Uma outra forma de influência dos fornecedores é no fluxo de informações sobre a concorrência. Ressalta que, em muitos casos, toma conhecimento de novos produtos e/ou serviços em outros hospitais por meio dos fornecedores.

A influência de outros hospitais, entretanto, não é sistemática. Ela se dá por meio de visitas para conhecimento de um determinado procedimento, mas não é identificada qualquer parceria para o desenvolvimento de serviços conjuntos ou mesmo para estabelecer estratégias complementares de atuação. Além da modalidade de visitas, há a troca de indicadores relativos à assistência, funcionando com um “benchmarking” do setor.

b) Influências do ambiente institucional, setorial e gerencial sobre o processo de inovação

A principal trajetória que influencia o processo de inovação do HDP é a evolução tecnológica em saúde. Embora o hospital tenha se definido como um “seguidor” em termos de tecnologia, não sendo aquele que vá introduzir pioneiramente novos equipamentos, isto implica estar atualizado tecnologicamente, o que, obviamente, é determinado pelo ritmo e pela direção do desenvolvimento tecnológico.

5.6.5. Barreiras à inovação

As barreiras à inovação identificadas no hospital estão relacionadas com a cultura organizacional e com a qualificação dos recursos humanos.

A cultura organizacional, por sua vez, se manifesta em dois aspectos. Em primeiro lugar, a filosofia da congregação que mantém o hospital impõe o que pode ser denominado de conservadorismo na administração. Esse conservadorismo se expressa na definição de acumular todos os recursos necessários antes de algum investimento, em uma completa aversão ao risco de tomar financiamentos, o que, em determinado momento, pode postergar investimentos e, por conseguinte, inovações. Além disso, se expressa também no que pode ser definido como um “constrangimento” da organização em relação a políticas de marketing mais agressivas. Há claramente uma dicotomia colocada, que propõe a escolha entre a utilização de recursos em obras sociais e o investimento em políticas de fortalecimento da marca que, em determinados momentos, são consideradas supérfluas. Isso obstrui a capacitação de mais clientes e, assim, reduz as possibilidades de rentabilização de inovações potenciais.

Quanto à qualificação dos recursos humanos, fica clara a dificuldade de difundir ainda mais na organização as práticas de gestão da qualidade e, fundamentalmente, um salto de qualidade da gestão para uma visão processual em detrimento de uma visão departamentalizada ou setorial.

5.6.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor

Em sua análise da gestão da inovação no hospital, o entrevistado demonstrou o entendimento de que o hospital carece de ousadia, embora esteja sendo competitivo. Na verdade, essa constatação é reforçada pela opção estratégica de ser um “seguidor” em inovação, e não só em inovação tecnológica, sem deixar a desejar em relação ao mercado. Entende, ainda, que a inovação é uma característica de hospitais vinculados a universidades e que essa pouca ousadia do HDP se justifica, ainda, pelo fato de que nem tudo que é inovação é o melhor para a instituição num determinado momento.

Quanto ao setor, entende que o mesmo caminha para uma administração profissionalizada. Justifica esse movimento pela observação de que antes havia muita demanda, o que permitia sobreviver mesmo com alguma ineficiência. Hoje, o mercado estaria muito mudado e exigindo o reposicionamento dos hospitais frente a essas mudanças.

5.7. Hospital Mãe de Deus

O Hospital Mãe de Deus é um hospital geral, fundado em 1979 pela Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo-Scalabrinianas. Conta com 220 leitos e 1.320 funcionários, numa área construída de 42.000 m², e apresenta um faturamento anual da ordem de R\$ 80 milhões.

5.7.1. Identificando inovações

A inovação é tratada no HMD a partir de um conceito formulado ainda em 1989, segundo o qual o hospital deve possuir a “competência de verificar permanentemente o que o mercado precisa”. Esse conceito se desdobra na noção de que a flexibilidade deve ser a principal característica do hospital, voltado para a mudança permanente.

A partir daí ocorreu uma mudança interna, resultando em um novo modelo de gestão, baseado em uma visão processual. Essa visão, em contraponto à visão de organização baseada em departamentos, faz com que os processos sejam organizados com o foco no cliente. Assim, em vez de pensar cada unidade do hospital isoladamente, ela é concebida a partir do serviço que agrega a determinado processo a que o paciente está sendo submetido. Segundo o entrevistado, “não se pensa o que deve ser oferecido a um paciente na emergência e depois no Centro de Tratamento Intensivo. Eu olho ‘paciente grave’ e, a partir do mapeamento de todo processo que ele pode percorrer, eu doto as unidades dos equipamentos e procedimentos necessários”. Isto implicou um conjunto de inovações e de investimentos decorrentes. Entre eles, pode-se citar:

a) Reestruturação da emergência com a complexidade de recursos disponíveis para que o paciente receba o tratamento integral de que necessita desde o primeiro momento no hospital;

b) Treinamento para adoção de protocolos uniformes de atendimento e prescrição de exames e medicamentos;

c) Introdução de um serviço de “pré-check in”, em que o paciente com uma internação programada é contatado para que suas informações sejam inseridas no sistema gerencial, para que ele receba a orientação precisa sobre exames e autorizações que deve trazer no dia da internação, bem como para que seja feito o agendamento preciso do dia e hora de internação.

Esse sistema eliminou boa parte do setor de internação, na medida em que se passou a pensar o processo de internação e a eliminar etapas desnecessárias;

d) Da mesma forma, a partir de um sistema gerencial introduzido o processo de faturamento passou a ser contínuo, em todas as etapas de atendimento que o paciente passa no hospital, fazendo com que o setor de faturamento conte hoje com apenas quatro funcionários e que a despesa do paciente esteja computada imediatamente após a liberação do médico;

e) Em todas as unidades ou postos de enfermagem há um enfermeiro (a) e um secretário (a) de posto responsáveis por coordenar o atendimento do paciente, ou seja, o processo técnico, mas também treinados para dar andamento ao processo administrativo. Isto é, todos os pré-requisitos referentes a laudos de exames, prontuário médico, contato com a seguradora de saúde, de forma a reduzir o tempo necessário para que o paciente seja encaminhado à etapa seguinte.

Além dessas inovações relacionadas com a visão processual adotada na gestão, outras mudanças foram implementadas buscando aumentar a variedade de serviços oferecidos pelo hospital. Nesse aspecto, destacam-se o serviço de “homecare” (um serviço que reproduz as condições de internação hospitalar na residência do paciente, destinado a pacientes que sofrem de enfermidades que exigem cuidado permanente por longos períodos), o hospital-dia e a introdução de novas especialidades médicas: oncologia, medicina fetal, endoscopia e o centro de terapia endovascular. Para isso o hospital trabalha em paralelo com quatro preocupações, consideradas requisitos para qualquer mudança: estrutura física, equipamento, pessoas e conhecimento.

As motivações para essas inovações estão relacionadas com dois pontos. A já mencionada concepção de que o hospital deve estar atento e possuir flexibilidade para atender às exigências crescentes do mercado, por meio da disponibilização de novos serviços. Mas, também, a visão de que é necessário reduzir os custos do sistema de saúde como um todo, considerados muito altos e atingindo o limite da capacidade de pagamento dos usuários. A convicção disso está expressa na afirmação do entrevistado de que “...podemos gerar uma assistência com um custo mais baixo para o sistema de saúde”. Nesse sentido, o modelo de gestão processual implementado visa a reduzir os desperdícios, focar no cliente e garantir um atendimento qualificado ao menor custo possível.

5.7.2. Relações entre inovações e a estratégia empresarial

A inovação faz parte das preocupações estratégicas do hospital. Isso se expressa tanto no conceito exposto na seção anterior, segundo o qual o HMD deve estar sempre adaptado às exigências de mercado, quanto no planejamento estratégico da instituição. O hospital possui cinco diretrizes básicas em seu planejamento, destinadas a atender a preocupação com a viabilidade econômica, com o foco no cliente, com as pessoas, com os produtos e serviços oferecidos e com a sua responsabilidade social. É na diretriz sobre produtos e serviços que se apresenta explicitamente a intenção estratégica de desenvolver novos produtos e serviços.

Essas atividades inovadoras estão previstas também no plano de investimentos. No que tange à estrutura física do hospital, um plano diretor com visão para os próximos dez anos descreve os investimentos previstos em obras e aquisições. Quanto às outras inovações, aquelas que versam sobre equipamentos, pessoas e/ou conhecimento, o planejamento possui uma previsão até 2003 e os recursos constam do orçamento do hospital.

Para avaliar o impacto de suas inovações e verificar o sucesso de sua preocupação em estar atendendo às demandas do mercado, o hospital se baseia em indicadores como participação no mercado e retorno sobre o investimento. Além disso, pesquisas de satisfação e sobre tendências do mercado são contratadas. Essas avaliações são sempre relativas ao grupo de hospitais identificados como concorrentes no segmento que o hospital atua.

5.7.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação

Os processos de inovação do hospital são levados a cabo por times multiprofissionais, formados de acordo com a necessidade do projeto em desenvolvimento. O novo modelo de gestão que o hospital vem implementando ocasionou a redução do número de camadas hierárquicas. Hoje existem apenas três: diretoria, gestores e operação. Nessa perspectiva, esses processos sempre envolvem a participação direta da diretoria nos times de projeto, sempre com a função de coordená-los.

Também em decorrência do novo modelo de gestão, o hospital criou um plano de desenvolvimento gerencial, cujo objetivo é o desenvolvimento de “novas competências”. A eliminação de camadas hierárquicas, a extinção de setores/unidades e a necessidade de uma visão processual despertaram a necessidade de preparar os funcionários para novas exigências. Assim, o plano de desenvolvimento gerencial possui um conjunto de cursos programados pela direção, considerados indispensáveis para todos os gestores do hospital, e

cursos específicos por área de atuação. Além disso, o funcionário pode demandar um atendimento específico, inclusive cursos individuais, para que desenvolva “novas competências”.

Essas mudanças engendraram, obviamente, uma transformação no modo de organização do trabalho nas diferentes atividades do hospital. Várias ferramentas voltadas à gestão da qualidade foram implementadas. Um conjunto de indicadores voltados para a identificação da relação assistência/paciente foi desenvolvido. Esses indicadores procuram avaliar o aumento da eficiência e produtividade do hospital e avaliam, em especial, a redução do tempo total de atendimento do paciente. Além disso, um projeto denominado “HMD em ação” foi desenvolvido para estimular a participação dos funcionários na solução de problemas.

5.7.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação

a) Influência direta de atores externos no processo de inovação

O envolvimento de agentes externos no processo de inovação no HMD engloba a influência de pacientes, de fornecedores, do setor público e dos médicos pertencentes ao corpo clínico.

Paradoxalmente, em um modelo proposto para atender às necessidades do cliente, o envolvimento dos pacientes nas transformações empreendidas é considerado inexistente. O entrevistado comenta que “o paciente não percebe estas sutilezas”, referindo-se especialmente à visão processual implementada. Nesse mesmo sentido, diz que a única influência perceptível se dá quando algo não dá certo e a reclamação de um paciente, então, pode levar à correção de algum procedimento.

Já o papel dos fornecedores é bastante destacado. O hospital procura trabalhar com baixos níveis de estoque, exigindo um fornecimento próximo ao “just in time”, nas quantidades e formas de embalagem e acondicionamento exigidas, quantas vezes for necessário. Para isso, trabalha com comitê de fornecedores e atividades de desenvolvimento de fornecedores que já resultaram, inclusive, na modificação de produtos em função das necessidades do hospital.

O setor público é visto como pouco técnico e com uma atuação demasiadamente política, mesmo nas atividades de regulação consideradas necessárias. O hospital não possui convênio com o Sistema Único de Saúde.

Foi ainda considerado o papel desempenhado pelos médicos. O hospital conta com um corpo clínico de 3.500 médicos, não possuindo uma estrutura administrativa para sua coordenação. Entretanto, a figura do médico é considerada central na concepção do hospital. Na avaliação do entrevistado, só é possível implementar a visão processual no hospital tendo uma visão médica como pressuposto. É o conhecimento médico, em sua concepção, que permite identificar etapas desnecessárias, custos demasiados e novos serviços a serem implementados. Em síntese, “o médico no HMD é figura central, não é cliente; é parceiro indissociável, é o comandante do pensamento de como se assiste bem gastando pouco”.

b) Influências do ambiente institucional, setorial e gerencial sobre o processo de inovação

A principal influência institucional é a visão da mantenedora. Essa visão, segundo o entrevistado, não interfere na gestão profissional do hospital. Ao contrário, seria o que faz com que se busque a excelência na gestão para que a responsabilidade social do hospital possa ser cumprida da melhor forma e a missão da mantenedora possa ser executada.

5.7.5. Barreiras à inovação

Do ponto de vista interno, a principal barreira à inovação identificada é a cultura organizacional. Mesmo com o programa de desenvolvimento gerencial, os funcionários ainda resistem à inexistência de uma estrutura fixa e, em especial, à supremacia de uma visão processual em detrimento da organização departamental.

Do ponto de vista externo, a principal ameaça é o modelo de financiamento do setor. Os riscos de mudanças econômicas, em especial a variação cambial, determinam mudanças na atuação dos financiadores que podem redirecionar o sistema a qualquer momento. O modelo atual, na avaliação do entrevistado, estimula o consumo e não o cuidado eficiente. Isso porque a remuneração dos hospitais está baseada no número de procedimentos executados, e não na eficiência dos mesmos. “O custo do sistema está no limite”, avalia, e a possibilidade de entrada de financiadores estrangeiros, por exemplo, pode mudar radicalmente a lógica em que se trabalha atualmente.

5.7.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor

Em sua avaliação sobre a gestão da inovação no HMD, o entrevistado a considera “madura, avançada e de vanguarda”. Entende que o hospital só não inova mais porque “o mercado ainda não permite avançar mais”.

Quanto ao setor, entende que a gestão da inovação praticamente não existe. O setor está voltado para questões imediatas, relacionadas a sua sobrevivência, sem uma perspectiva de mais longo prazo. Considera que esse é o quadro no Brasil, onde apenas experiências isoladas podem ser observadas. A maioria, no entanto, não possui visão estratégica e sobrevive porque o sistema ainda é caótico e o número de pessoas que necessitam de atendimento permite que esses hospitais capturem pacientes e se mantenham com alta ocupação.

5.8. Hospital Moinhos de Vento

O Hospital Moinhos de Vento (HMV) é um estabelecimento privado sem fins lucrativos, de atendimento geral, mantido pela Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Fundado em 1912 com o objetivo de atender a colônia alemã de Porto Alegre, o HMV ocupa hoje uma área construída de 30.000 m², onde são disponibilizados 257 leitos para internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas e pediátricas. O hospital possui 1.254 funcionários, além de 500 colaboradores em serviços terceirizados e de um corpo clínico de 3.321 médicos. O faturamento do hospital é de R\$ 80 milhões ao ano, com uma margem bruta em torno de 13% a 14% e um lucro líquido da ordem de R\$ 2 milhões ao ano. Atualmente o HMV realiza cerca de 16.244 internações, 15.477 cirurgias e 2.506 partos (HMV, 2002).

5.8.1. Identificando inovações

As principais inovações implementadas no HMV recentemente estão relacionadas a criação de áreas de especialização, terceirização dos serviços de diagnóstico e reformulação e ampliação de leitos do centro de tratamento intensivo. Essa última implicou um investimento de US\$ 3, 8 milhões. Além dessas inovações, podemos destacar, do ponto de vista da gestão, a introdução do programa de auditoria para a melhoria da qualidade (PAMQ), em 2001, que busca excelência nos processos executados pelo hospital (HMV, 2002).

As motivações para essas inovações estão na necessidade de reposicionamento do hospital frente à percepção de alterações no mercado de assistência à saúde. Na avaliação do HMV, hoje o setor está focado na doença, e a captação de pacientes está baseada na figura do médico. O que se percebe, no entanto, é que os pacientes gradativamente procuram o atendimento no hospital sem ter necessariamente a referência de um profissional, mas a da instituição. O mesmo ocorre em relação aos financiadores do sistema. Assim, o hospital precisa “fixar imagem” para que as pessoas o procurem. Nesse sentido, a adoção de áreas de

especialização — no caso, as áreas são cardiologia, neurologia, traumatologia/ortopedia, oncologia e materno-infantil — é a forma de o hospital mostrar que é muito capacitado nessas especialidades. Isso requer inovação em equipamentos, no atendimento — ou tecnologia de cuidado, como denominado no HVM — e o reconhecimento da capacitação de suas lideranças médicas e do seu corpo clínico, o que é assegurado a partir do trabalho científico desses profissionais nas áreas referidas.

Além disso, o mercado em que o HVM atua — classes A e B — estabelece que sua competição é estabelecida em cenário global. Isso porque um potencial usuário do hospital tem condições de comparar preços internacionais e optar por efetuar procedimentos em outro país. Assim, demonstrar sua competência científica, tecnológica e “de cuidado” requer padrões internacionais nessas áreas. É o que justifica, por exemplo, o investimento feito no centro de tratamento intensivo para torná-lo um centro de “classe mundial”.

5.8.2. Relações entre inovações e a estratégia empresarial

Como relatado na seção anterior, as inovações introduzidas no âmbito do hospital estão relacionadas diretamente com sua visão estratégica. Dessa forma, todas as intervenções realizadas em termos de gestão e em tecnologia decorrem da avaliação de que o mercado está alterando sua forma de funcionamento, o que se reflete, em especial, na atração de pacientes e no reconhecimento dos financiadores.

Para tanto, o hospital institui indicadores ligados à qualidade da assistência e desenvolve ações rotineiramente para tentar reduzir os tempos dos processos. Há o entendimento claro de que a escolha do hospital para credenciamento junto a um plano de saúde, ou para contratação de determinado serviço pelo usuário, se dará pela comparação entre o tempo total de atendimento e as conseqüências diretas em termos de custos e qualidade. Essa concepção está sintetizada na afirmação do entrevistado de que “posso cobrar mais à medida que custo menos... aí está minha tecnologia, a minha expertise”.

A tecnologia nesse cenário é encarada como pré-requisito para a competição. A vantagem competitiva, na percepção do HVM, está na velocidade de resolução de um problema. Isso é obtido, no caso do hospital, a partir do investimento em equipamentos, na ênfase no cuidado com o paciente, da formação médica — que possibilita a aplicação da tecnologia — e na velocidade de diagnóstico. Essa última, em especial, solucionada por meio da terceirização destes serviços.

5.8.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação

O processo interno de inovação no hospital é acompanhado por uma gerência, denominada gerência de qualidade. A partir da constatação de um problema pela Superintendência, há dois caminhos: a correção do padrão ou método de trabalho que está dando problemas ou a necessidade de desenvolver um novo padrão. Nos dois casos, são formadas equipes nas unidades respectivas que, assessoradas pelo pessoal da qualidade, desenvolvem a solução.

Para que isso ocorra a contento, programas de formação e treinamento são aplicados constantemente. Mesmo assim, do ponto de vista da organização do trabalho, embora no nível diretivo tenha havido recentemente alterações, não há mudanças substanciais no nível operacional.

5.8.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação

a) Influência direta de atores externos no processo de inovação

O envolvimento de agentes externos no processo de inovação no HVM engloba a influência de pacientes, corpo clínico, fontes pagadoras e empresas terceirizadas.

Os pacientes são considerados essenciais em todos os processos. O entendimento do hospital é de que o paciente faz parte do seu tratamento e deve ser “tratado como uma pessoa em seu todo”.

A importância do corpo clínico está na preocupação com o fato de que o conhecimento médico deve ser difundido por todos os profissionais que atuam no hospital, em especial por meio da utilização de protocolos com as melhores práticas e da atualização constante do conhecimento. Além disso, haveria uma tendência de maior identificação do corpo clínico com o hospital, à medida que as pessoas vêm procurar determinado serviço, e não determinado profissional.

As fontes pagadoras exercem papel fundamental, pois são os seus critérios que podem influenciar e validar as mudanças implementadas.

No caso do HVM há destaque especial para as empresas que prestam serviços de diagnóstico. Sua especialização nesse tipo de serviço tem permitido que o hospital usufrua o que há de mais avançado tecnologicamente e reduza substancialmente o tempo despendido na identificação de um problema clínico e, por conseguinte, no tempo total de atendimento.

b) Influências do ambiente institucional, setorial e gerencial sobre o processo de inovação

A principal influência identificada nesse ponto diz respeito a uma “profissionalização” do setor. Desde meados dos anos 90, a partir da política de estabilização do Plano Real, os hospitais se deparam com a realidade de seus custos, antes encobertos pela inflação, o que gerou um movimento em direção a administrações mais profissionalizadas, à adoção da gestão pela qualidade e à busca de concentrar as atividades no atendimento das necessidades dos clientes.

Ainda do ponto de vista setorial, constata-se o baixo nível de cooperação entre os hospitais, que, por sua vez, centram a competição em termos de preço. Boa parte desse comportamento, afirma o entrevistado, se deve às disputas entre lideranças médicas dos hospitais, que levam os gestores a se afastar de parcerias que poderiam elevar a rentabilidade dos hospitais.

5.8.5. Barreiras à inovação

A principal barreira à inovação está identificada no que foi classificado como “postura individualista do médico, que pode opor barreiras a qualquer mudança na estrutura corporativa existente”. Isso fundamentalmente pela recusa à adoção de protocolos clínicos que levem à “medicina por eficiência” e pela tentativa de manter procedimentos exclusivos que aumentam a variabilidade de materiais e métodos e, assim, a possibilidade de desperdício e falha.

Acrescentem-se a essa barreira questões éticas que têm permeado recentes evoluções científicas e impedido ou retardado sua aplicação na assistência à saúde. Entre elas, o entrevistado ressalta os regulamentos existentes sobre transplantes e eutanásia.

5.8.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor

Do ponto de vista do HMT, o entrevistado considera que há sucesso na gestão da inovação. Isso seria evidenciado pelas mudanças implementadas nos últimos três anos, em especial no contexto organizacional, que permitiram a manutenção da competitividade do hospital no mercado.

Do ponto de vista do setor, identifica muitas resistências e dificuldades de compreender a importância da inovação. Entende que a evolução da indústria de

equipamentos médicos induz à inovação tecnológica, pela inevitabilidade dos investimentos nessa área. Seja pelas facilidades técnicas que eles trazem, seja pela possibilidade de incrementar o número de serviços oferecidos e, assim, a rentabilidade. Estrategicamente, no entanto, ele não percebe uma maior preocupação. Exemplifica com a resistência à adoção de protocolos padronizados, que asseguram uma maior eficácia nos procedimentos e custos padronizados. Isso ocorre, segundo o entrevistado, porque “cada um faz do jeito que acredita ser melhor, do jeito que aprendeu, sem considerar as melhores práticas, as melhores evidências”.

6. INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: ANÁLISE DOS CASOS

Neste capítulo é apresentada a análise dos casos. A partir dos relatos, e considerando cada bloco temático, identificam-se as variáveis que permitem avaliar a dinâmica da inovação em serviços.

6.1. Identificando inovações

Considerando os tipos de inovação em serviços definidos na seção 2.1, verifica-se na descrição dos casos que as inovações identificadas são, em sua maioria, inovações organizacionais ou inovações que decorrem dessas. Recuperando o que afirma Gallouj (1997), essas inovações dão origem a trajetórias institucionais que podem ser independentes ou não de inovações tecnológicas, mas que estão associadas à lógica do paradigma tecno-econômico vigente. Em todos os casos foi mencionada a introdução de alguma ou de várias novas técnicas de gestão, notadamente aquelas ligadas ao gerenciamento pela qualidade, como forma de antecipar e resolver problemas. A partir das mudanças na gestão é que se processa um conjunto de investimentos em instalações físicas e/ou equipamentos, para viabilizar novos serviços ou novos métodos de trabalho adequados às novas prioridades administrativas. Assim, mesmo que as inovações organizacionais tenham um impacto externo limitado, no máximo setorial, o seu efeito desencadeador de um conjunto de outras inovações em produtos e processos realça a sua importância.

O quadro 7, abaixo, relaciona os tipos de inovação identificados em cada hospital de acordo com a classificação de Sundbo e Gallouj (1998b). Pode-se perceber o grande número de inovações em produtos e processos, notadamente incrementais, que dizem respeito à introdução de novos serviços ou às alterações na forma como serviços já existentes passam a ser disponibilizados. Ratificando a avaliação anterior, pode-se verificar que entre essas inovações somente os novos métodos de diagnóstico desenvolvidos no HCPA são derivados da pesquisa científica, e não decorrências de estratégias organizacionais. Isso, por sua vez, permite recuperar a afirmação do entrevistado no HDP, que considera a inovação tarefa afeita aos hospitais universitários. Considerando inovações de produto e processo não decorrentes

de inovações organizacionais, esta percepção se mostrou verdadeira nos casos analisados. Faça-se a ressalva de que apenas no HCPA existe a preocupação sistemática de aplicar os resultados de pesquisa na atividade de assistência médica, constituindo-se, então, na fonte fundamental de inovações independentes das inovações gerenciais.

Essas considerações parecem estabelecer uma relação clara entre a natureza institucional dos hospitais investigados, suas motivações para inovar e o tipo de inovação verificado. Assim, nos hospitais universitários sobressai a preocupação em inovar para manter a qualidade das atividades de ensino, pesquisa e assistência nos melhores níveis identificados do ponto de vista acadêmico. Essa relação aparece mais fortemente no HCPA, onde o suporte público reduz a preocupação em adequar os esforços de inovação às necessidades de mercado. No HSL, onde a necessidade de auto-sustentação é colocada como prioritária para que, uma vez assegurada, possa garantir a qualidade das atividades de ensino, a preocupação com a pesquisa existe, mas não está associada ao atendimento que, por sua vez, segue a lógica do mercado.

Nos hospitais públicos não-universitários, identifica-se a tentativa de comprovar a viabilidade do sistema público de saúde em termos de excelência no atendimento. A demanda altíssima, oriunda do SUS, praticamente elimina a influência das fontes pagadoras para a criação de novos produtos. No mesmo sentido, a falta de recursos para investimento em equipamentos inibe o desenvolvimento de novos processos, restringindo as inovações ao modelo de gestão.

Nos hospitais privados, a distinção proposta entre os conveniados com o SUS e os não-conveniados mostrou-se improcedente no que tange ao tipo de inovação verificado. Isso porque o SUS tem um peso muito baixo no portfólio de convênios de saúde mantidos, o que faz suas motivações bastante similares. Percebe-se, nessas instituições, a preocupação determinante com sua sustentabilidade econômico-financeira, o que faz com que o foco nas necessidades dos clientes/pacientes e das fontes pagadoras estabeleça as motivações para a inovação. Essa perspectiva interfere decisivamente na dimensão estratégica desses hospitais, definida a partir dos novos métodos gerenciais adotados, implicando a profusão de inovações de produto e de processo. Cabe salientar, ainda, que apenas no HBO identificou-se uma inovação de mercado, justamente em sua iniciativa de constituir parcerias com centros clínicos e associações de médicos para a constituição de unidades-satélite que, além de prestar os serviços de assistência oftalmológica, cumprem a função de centros de captação de clientes para o hospital.

Quadro 7: Classificação das inovações relatadas de acordo com o tipo de Sundbo e Gallouj (1998b)

HOSPITAIS	INOVAÇÕES DE PRODUTO	INOVAÇÕES DE PROCESSO	INOVAÇÕES ORGANIZACIONAIS	INOVAÇÕES DE MERCADO
Hospital de Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Novos métodos de diagnóstico da diabete • Novos métodos de diagnóstico de problemas na tireóide • Terapia gênica 	<ul style="list-style-type: none"> • Correta identificação do paciente • Adoção de protocolos de atendimento • Prescrição eletrônica • Centralização da diluição para doses pediátricas 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade Assistencial 	
Hospital São Lucas	<ul style="list-style-type: none"> • Novo ambulatório • Centro de diagnóstico por imagem 		<ul style="list-style-type: none"> • Novo modelo de gestão • Cinape 	
Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas	<ul style="list-style-type: none"> • Agendamento “on line” de consultas ambulatoriais 	<ul style="list-style-type: none"> • Projeto Mamãe Canguru 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação das coordenações de linhas de cuidado 	
Hospital Nossa Senhora da Conceição	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas para reduzir a hospitalização: novo ambulatório e projeto “Saúde da Família” • Programa de Humanização do Atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de protocolos de atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Novo modelo de gestão • Introdução do planejamento estratégico • Nova política de treinamento de pessoal • Ouvidoria e Banco de Idéias 	

Quadro 7: Classificação das inovações relatadas de acordo com a classificação de Sundbo e Gallouj (1998b) - continuação

HOSPITAIS	INOVAÇÕES DE PRODUTO	INOVAÇÕES DE PROCESSO	INOVAÇÕES ORGANIZACIONAIS	INOVAÇÕES DE MERCADO
Hospital Banco de Olhos	<ul style="list-style-type: none"> • Nova especialidade: Cirurgia Plástica 	<ul style="list-style-type: none"> • Novo Equipamento para cirurgia refrativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento pela qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de unidades-satélite
Hospital Divina Providência	<ul style="list-style-type: none"> • Projeto “A Casa é Sua” • CTI Neonatal • Novas especialidades: Oncologia e diagnóstico neurológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Bisturi especial • Software para agendamento do bloco cirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento da rotina • Utilização da ferramenta “Desdobramento da Função Qualidade” para desenvolvimento de projetos de novos serviços e produtos 	
Hospital Mãe de Deus	<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturação da emergência • Homecare • Hospital-Dia • Novas especialidades: Oncologia, Medicina Fetal e Endoscopia • Centro de terapia endovascular 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de protocolos de atendimento • Pré “check- in” • Mudança no processo de faturamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão baseada na “visão processual” 	
Hospital Moinhos de Vento	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de áreas de especialização • Ampliação do CTI 		<ul style="list-style-type: none"> • Programa de auditoria para melhoria da qualidade 	

Portanto, as inovações inerentes ao setor de serviços, nos casos analisados, podem ser caracterizadas como inovações predominantemente organizacionais, resultantes da introdução de novas técnicas de gestão que, por sua vez, provocam mudanças operacionais e estratégicas que levam às inovações de produto e processo. Notadamente essas inovações encontram seus determinantes (ou motivações) em dois elementos centrais. Em primeiro lugar, na pressão exercida pela demanda, representada, fundamentalmente, pela atuação das fontes pagadoras privadas, os convênios ou planos de saúde. Em segundo lugar, nos avanços do conhecimento científico que afetam diretamente as inovações no caso do HCPA, mas que, indiretamente, por meio da difusão de novos métodos de tratamento e pela incorporação desses conhecimentos em novos equipamentos, acabam gerando novas demandas e pressionando também os demais hospitais.

6.2. Relações entre as inovações e a estratégia empresarial

Em todos os casos encontra-se vinculação entre as inovações introduzidas e a visão estratégica do hospital. Todos eles fazem uso de metodologias de planejamento estratégico, em que as inovações relatadas estão identificadas e previstas para períodos que variam de um a quatro anos. Não há, entretanto, uma preocupação explícita com a gestão da inovação. Assim como as inovações decorrem majoritariamente dos desdobramentos de inovações organizacionais, a gestão da inovação está submersa nos processos habituais de gestão, sem que haja, portanto, estruturas dedicadas para tal.

Há, no entanto, algumas peculiaridades merecedoras de destaque. O HDP, por exemplo, aplica a ferramenta de “Desdobramento da Função Qualidade” especificamente para o desenvolvimento de projetos de novos produtos e processos. Já no HNSC, há o reconhecimento de que inovações em procedimentos médicos fogem à percepção da alta administração e, dessa forma, de qualquer mecanismo de planejamento desenvolvido. Essa constatação é ainda de maior relevância no HCPA, onde as atividades de pesquisa proporcionam inovações de forma autônoma em relação ao processo de planejamento do hospital. Conforme o entrevistado, isso decorre da vocação acadêmica do mesmo, e a administração procura, assim que toma conhecimento dessas inovações, dar o suporte necessário para o seu aprimoramento, atuando exclusivamente como uma “facilitadora” do processo.

A existência de previsão das inovações a serem introduzidas nas ferramentas de planejamento implica que elas constem também de planos de investimento específicos, definidos e coordenados pelas administrações centrais. Em geral, há indicadores para medir os impactos desses investimentos na melhoria da qualidade dos serviços, na ampliação de participação no mercado e no desempenho organizacional de uma forma geral.

Pode-se, assim, considerar que a gestão da inovação, mesmo não estando especificada como tal, torna-se gradativamente mais formalizada e sistemática. Os mecanismos adotados, no entanto, estabelecem reduzida flexibilidade para o processo de inovação, limitando a capacidade de resposta para problemas inesperados.

6.3. Envolvimento dos agentes internos no processo de inovação

Em todos os casos constata-se a inexistência de um setor específico para conduzir os processos de inovação, como já mencionado. Em geral, após as inovações terem sido definidas no planejamento estratégico, são constituídas equipes multifuncionais para a sua implementação. Essas equipes podem ser acompanhadas diretamente pela administração central, como no HMD, ou pelos superiores hierárquicos das áreas em que as inovações são introduzidas, como ocorre geralmente nos demais casos. Assim, as etapas do processo de inovação são, basicamente, (1) a definição das inovações desejadas no planejamento estratégico (ou outra ferramenta de mesma natureza), (2) a constituição de equipes multifuncionais para o desenvolvimento dos projetos de implantação e avaliação da viabilidade econômica, (3) a aprovação pela administração central e (4) implementação. Essas etapas do processo de inovação só estão formalmente descritas no HDP. Cabe ressaltar, mais uma vez, que no HCPA as inovações decorrentes de pesquisas acadêmicas não percorrem etapas definidas, a não ser as estabelecidas nos projetos de pesquisa.

O envolvimento dos trabalhadores nesse processo é bastante reduzido. Na verdade, está limitado à inserção em uma das equipes multifuncionais. Isso se deve, em boa medida, à forma de organização do trabalho que preserva estruturas estanques. Além disso, embora todos os hospitais apresentem políticas de treinamento dos recursos humanos, esses treinamentos estão centrados na excelência da atividade técnica desempenhada, sem estimular a participação dos funcionários na resolução dos problemas.

Novamente, destacam-se algumas exceções. A primeira delas é o HMD, com seu modelo baseado na visão processual. A perspectiva estratégica focada no processo de

atendimento do paciente alterou a dinâmica de trabalho, reduziu as camadas hierárquicas e exige o trabalho em equipe como método permanente. Além disso, as políticas de formação profissional estão voltadas a capacitar os funcionários para a solução de todos os problemas, técnicos ou administrativos, surgidos na etapa do processo em que ele está inserido, de forma que ele de fato agregue valor em sua atividade. A segunda exceção é o HDP, onde a introdução do gerenciamento da rotina procura oferecer aos funcionários um conjunto de indicadores e informações gerenciais que ampliem sua capacidade de decisão e, assim, de propor alternativas e solucionar problemas.

Dessa forma, a partir da introdução de novas técnicas gerenciais nos hospitais analisados, percebe-se a definição de etapas específicas a serem percorridas desde a identificação de um problema até a sua resolução por meio da introdução de uma inovação. Dado que o envolvimento dos trabalhadores ao longo dos processos de inovação verificados é bastante reduzido, constatando-se a manutenção de modelos tradicionais de organização do trabalho, identifica-se na administração central a principal força interna na elaboração e definição das inovações implementadas.

6.4. Envolvimento dos agentes externos no processo de inovação

Podemos verificar que há uma influência comum sobre todos os hospitais: a evolução dos modelos de gestão hospitalar a partir da introdução de novas ferramentas de planejamento e controle dos processos. Pode-se considerar que essa influência perpassa todo o setor e, por sua vez, decorre de uma tendência surgida na indústria. Notadamente, no entanto, assim como em relação às motivações abordadas na seção 6.1, as influências externas apresentam relação direta com a natureza institucional.

Nos hospitais universitários, a influência direta de agentes externos praticamente inexistente. Aprender as necessidades dos usuários é algo compreendido como uma exigência importante para o processo de inovação. Entretanto, não há mecanismos definidos para isso. Quanto aos fornecedores, a relação fica restrita à utilização eventual de equipamentos cedidos para a experimentação de determinados serviços. A relação com os outros hospitais é baseada exclusivamente em acordos tácitos que permitem a troca de medicamentos e a cessão de equipamentos, sem qualquer relação sistemática com as inovações desenvolvidas. Do ponto de vista ambiental, além da já mencionada influência do modelo de gestão hospitalar, constata-se influências decorrentes da relação com o setor público. No HCPA, destaca-se a exigência da União de que o hospital busque gradativamente sua sustentabilidade, implicando

a necessária busca de alternativas. No HSL, por sua vez, o destaque é para a relação com o setor público estadual e municipal e a forma de integração do hospital ao sistema público de saúde nessas esferas. Essa perspectiva interfere na visão estratégica e, assim, nas prioridades em termos de novos produtos e processos. Por fim, há especial consideração com a evolução do conhecimento na Medicina, cuja velocidade exige constante preocupação com o nível da pesquisa realizada.

Entre os hospitais públicos o quadro é similar. Embora se reconheça a importância de identificar as demandas dos clientes e envolvê-los nos processos de resolução de problemas, os mecanismos para propiciar essa participação são bastante incipientes. Na verdade, inexistem canais de comunicação com os usuários no HMIPV, ao passo que no HNSC iniciativas como o “Banco de Idéias” e a Ouvidoria têm dado início a esse envolvimento. Quanto aos fornecedores, a relação é bastante distante. A natureza pública desses hospitais faz com que os procedimentos de compra tenham que seguir os processos licitatórios, que, por definição, estabelecem o distanciamento entre comprador e vendedor para evitar favorecimentos e mau uso dos recursos públicos. A relação com outros hospitais lembra, em tudo, os casos de hospitais universitários, uma vez que se restringe a eventuais trocas de medicamentos e equipamentos. Quanto às influências ambientais, a principal está na dificuldade de adaptar o modelo de administração pública às evoluções na gestão hospitalar. Isso faz com que várias adaptações tenham que ser desenvolvidas para superar as amarras de gestões burocratizadas.

Já entre os hospitais privados, conveniados ou não ao SUS, as influências externas são bem mais notadas. A começar pela influência dos clientes/pacientes. Em geral, os hospitais privados apresentam mecanismos definidos para captar as demandas dos clientes, como pesquisas de satisfação e formulários para sugestões e reclamações. Nesse aspecto o grande paradoxo fica por conta do HMD. Retomando as palavras do entrevistado, vê-se sua assertiva de que “o paciente não percebe essas sutilezas”, ao se referir às inovações implementadas. O paradoxo reside justamente no fato de a principal justificativa para essas inovações ter sido o “foco no cliente”. Nesse caso, claramente o que tem contado mais fortemente são as fontes pagadoras. Essa não é uma característica do HMD exclusivamente. As fontes pagadoras constituem-se no principal agente externo influenciador das inovações nos hospitais privados. Logo após, destacam-se o corpo clínico do hospital — que exerce uma função dupla, na medida em que fornece a excelência técnica e é um dos canais principais para identificar as demandas dos clientes — e os fornecedores.

Em relação a esses, constata-se que os hospitais privados possuem fóruns de avaliação e comitês de fornecedores para o desenvolvimento de soluções conjuntas. Em muitos casos, de acordo com o tipo de inovação, o envolvimento dos fornecedores se dá já na elaboração dos projetos de novos serviços. Entre as influências ambientais, por sua vez, há um destaque especial para a evolução da trajetória tecnológica em saúde, diretamente relacionada com a evolução do conhecimento, que induz à adoção de inovações tecnológicas.

Assim, podemos identificar que as principais influências externas para a inovação em serviços estão no ambiente institucional e competitivo em que estão inseridos, mais do que na influência direta de agentes externos. Nos casos estudados, a evolução dos modelos de gestão hospitalar, que incorporam gradativamente procedimentos de gestão desenvolvidos na indústria, o papel das fontes pagadoras e a evolução do conhecimento científico compõem as principais forças que determinam o ritmo e a direção das inovações.

6.5. Barreiras à inovação

Em relação às barreiras à inovação, verifica-se uma diversidade de causas apontadas pelos entrevistados. O quadro abaixo procura sintetizá-las:

Quadro 8: Barreiras à Inovação

HOSPITAIS	BARREIRAS À INOVAÇÃO
Hospital de Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Imprevisibilidade da evolução tecnológica • Autonomia dos médicos
Hospital São Lucas	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura organizacional
Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos humanos
Hospital N.S. da Conceição	<ul style="list-style-type: none"> • Imprevisibilidade da evolução tecnológica • Influência de questões políticas
Hospital Banco de Olhos	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura organizacional • Falta de recursos financeiros
Hospital Divina Providência	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura organizacional • Qualificação dos recursos humanos
Hospital Mãe de Deus	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura organizacional • Modelo de financiamento do sistema de saúde
Hospital Moinhos de Vento	<ul style="list-style-type: none"> • Postura individualista dos médicos • Limites éticos impostos à Ciência

Considerando esses elementos, podemos identificar a preocupação com barreiras internas e externas. Internamente, os principais obstáculos são a cultura organizacional, ou, em outras palavras, a resistência aos novos modelos de gestão introduzidos, a falta de recursos (humanos e financeiros) para implementar novos serviços ou processos, a baixa qualificação dos recursos humanos e a autonomia dos médicos. Entre esses fatores, a cultura organizacional é a barreira mais freqüente, tendo sido apontada pelo HSL, HBO, HDP e HMD. A postura dos médicos, ou autonomia, foi observada como barreira no HCPA e no HMV. Diz respeito, por sua vez, ao fato de os médicos resistirem à adoção de procedimentos padronizados, o que, por sua vez, dificulta o planejamento das inovações. Uma vez que os médicos são elementos fundamentais na caracterização das organizações analisadas, podemos considerar esse um item de destaque entre os problemas de cultura organizacional.

Entre os fatores externos apresentados estão a evolução tecnológica, o modelo de financiamento do sistema de saúde, questões política e os limites éticos impostos à Ciência. Os três primeiros fatores são considerados fontes de instabilidade no planejamento das inovações e, nesse sentido, impedem que a gestão da inovação nas organizações possa ser conduzida adequadamente. Os limites éticos impostos à Ciência foram apontados apenas pelo HMV. O entendimento, nesse caso, é de que muitas aplicações de descobertas científicas poderiam estar servindo a novos serviços, o que deveria ser avaliado com maior profundidade.

Portanto, no conjunto das barreiras identificadas, externas e internas, a cultura organizacional tem sido o principal obstáculo ao processo de inovação.

6.6. Percepção sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor

As percepções sobre as tendências na gestão da inovação no hospital e no setor conformam duas interpretações.

Um primeiro grupo, composto pelo HCPA, HSL, HMIPV, HNSC, HBO e HDP, entende que o processo de inovação em suas organizações ainda é incipiente, apresentando muitas falhas na consideração de todos os atores envolvidos com o processo de inovação, mas evoluindo para uma formatação mais sistemática, baseada nos novos modelos de gestão que estão sendo introduzidos. Quanto ao setor, a percepção é de que há duas trajetórias distintas. Uma, envolvendo os hospitais universitários e privados, que apresenta uma rápida evolução do modelo de gestão e a crescente preocupação em inovar como fonte de vantagem

competitiva. Outra, seguida pelos hospitais públicos, que ainda têm muitas dificuldades para trabalhar com a inovação, embora seus modelos de gestão estejam evoluindo claramente.

O segundo grupo, composto pelo HMD e HMV, avalia que seus modelos de gestão da inovação são de vanguarda e que os resultados obtidos apontam o seu acerto. Quanto ao setor, entendem que praticamente não há gestão da inovação, sendo caracterizado pela ação operacional em detrimento da estratégia.

Esta proposição de dois grupos é útil também para avaliar os modelos de gestão de um outro ponto de vista. Nota-se que HMD e HMV constituem os modelos mais próximos do mercado, voltados quase que exclusivamente para estabelecer um posicionamento estratégico a partir das exigências das fontes pagadoras. Noutro extremo está o HCPA, onde as inovações estão associadas fortemente ao perfil acadêmico do hospital, realçando, assim, o papel preponderante da Ciência na busca de soluções. Entre esses extremos temos, de um lado, os demais hospitais privados, estabelecendo estratégias intermediárias que buscam evitar um distanciamento dos hospitais considerados de “ponta” e adotar um posicionamento em segmentos de mercado específicos; e, de outro, os hospitais públicos, traçando estratégias de inovação que permitam superar a limitação de recursos para atender à enorme demanda social por assistência médica gratuita.

CONCLUSÕES

O objetivo desta pesquisa foi descrever o processo de inovação em serviços em oito hospitais porto-alegrenses. Em razão do procedimento de investigação utilizado, o estudo de casos, não há possibilidade de que generalizações sejam estabelecidas. Sendo assim, serão apresentadas algumas considerações, à guisa de conclusão, sobre os casos investigados.

As inovações em serviços podem ser compreendidas em duas dimensões. Em primeiro lugar, inovações que surgem em empresas prestadoras de serviços especialmente vinculadas às suas práticas de gestão, definidas como inovações organizacionais. Em segundo lugar, inovações nas atividades fins dessas empresas, ou seja, nos serviços propriamente ditos. Essas, por sua vez, podem estar relacionadas com a natureza e o conteúdo do serviço disponibilizado, quando são denominadas inovações de produto, ou com a forma sob a qual determinado serviço é elaborado e disponibilizado, nesse caso denominadas inovações de processo.

A controvérsia teórica sobre a inovação em serviços repousa fundamentalmente em torno da discussão sobre as relações do setor de serviços com a manufatura. Mais precisamente, a questão colocada é se as inovações em serviços são concebidas e implementadas endogenamente ou se, por outro lado, não passam de conseqüências relativamente previsíveis do processo de difusão de inovações geradas na indústria, genericamente denominadas inovações tecnológicas. Nesse sentido, a identificação de inovações nos casos estudados apontou majoritariamente para a ocorrência de inovações organizacionais, de produto e de processo. Essas, por sua vez, utilizam inovações tecnológicas como veículos para sua implementação. Desse ponto de vista, podem ser consideradas indícios de um processo de inovação endógeno.

Verificou-se a relação estreita entre as atividades inovadoras e a estratégia definida nos hospitais pesquisados. Observou-se, em seu conjunto, a constituição de instrumentos formais de planejamento, invariavelmente centralizado, em que todos os investimentos em novas atividades, ou mesmo a introdução de novos serviços por meio da recombinação de atividades já existentes, são previstos. Como pode ser identificado nos relatos, com exceção das inovações com origem na aplicação dos resultados de pesquisas científicas — o que só foi

verificado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre —, todas as inovações efetivamente implementadas foram anteriormente debatidas e vislumbradas por ocasião da definição ou revisão das diretrizes estratégicas estabelecidas pela organização.

Essa constatação ganha ainda maior relevância quando apreciadas as motivações das referidas inovações. Como era esperado, tais motivações variam de acordo com a natureza institucional da empresa analisada e se refletem no tipo de inovação implementada. Assim, vê-se que as instituições privadas priorizam inovações que respondam à demanda dos clientes e, em especial, das fontes pagadoras, resultando na adoção de inovações organizacionais que habilitem o hospital a constantemente estar desenvolvendo novos produtos e processos. Já as instituições públicas, em que a demanda é extremamente alta em função do atendimento do Sistema Único de Saúde e os recursos são bastante escassos, as motivações para as inovações residem na busca da excelência no atendimento e na resolução de problemas de gestão que permitam otimizar esses recursos. O que traz como resultado, em sua maioria, inovações organizacionais e inovações de processo. Nos hospitais universitários, a preocupação com a excelência no atendimento e com a otimização dos recursos está associada com a necessidade de desenvolver conhecimento e revertê-lo para aplicações no ensino e na assistência. Nesses casos, surgem inovações de produto que invariavelmente fogem da perspectiva dos planejamentos estratégicos, mas se enquadram nos objetivos fundamentais da instituição.

A esse caráter sistemático e formalizado do processo de inovação identificado nos casos analisados agrega-se uma nova faceta: a pouca interatividade com os agentes internos e externos às empresas.

Quanto aos agentes internos, pode-se observar que somente a alta administração dos hospitais participa do processo de concepção das inovações. Os demais funcionários, no máximo, são integrados nas equipes definidas para a implementação das mesmas. Isso considerando até as hierarquias médias, pois os funcionários de nível operacional são envolvidos no processo apenas quando são treinados para as novas exigências criadas. Não há, portanto, o desenvolvimento de instrumentos que facilitem e estimulem a aprendizagem organizacional.

Quanto aos agentes externos, pode-se verificar que sua importância no processo de inovação é diretamente proporcional ao seu peso na viabilização do negócio. Isso, na verdade, vai determinar o grau de permeabilidade do processo de inovação. Assim, verificamos que nos hospitais públicos e universitários o envolvimento de agentes externos é bastante restrito, uma vez que a sustentabilidade da empresa não advém integralmente da atividade médico-

hospitalar. A exceção vem confirmar a regra no caso do Hospital São Lucas, onde a natureza jurídica de empresa privada e a necessidade factual de garantir a viabilidade do negócio a partir da sua própria operação, sem subsídios da universidade, fazem com que o seu modelo de gestão se aproxime mais dos hospitais privados. Nestes, a importância dos clientes, e em especial das empresas proprietárias de planos de saúde (fontes pagadoras), se expressa na necessidade de a todo momento gerar produtos novos que atendam à demanda do mercado a custos aceitáveis (o que estimula as inovações de processo). Observa-se, então, a preocupação com a satisfação dos clientes, a racionalização dos processos, a introdução de indicadores de desempenho, etc. como elementos constituintes da estratégia fundamental de aumentar a participação no mercado.

Esses elementos considerados permitem identificar um padrão de inovação predominante, caracterizado por processos de inovação endógenos e sistemáticos, com tendência para a formalização dos procedimentos e a adoção de indicadores para medir seus impactos. Esses processos, por sua vez, são definidos internamente pela administração central dos hospitais, que procura definir a estratégia empresarial em resposta, fundamentalmente, à pressão das fontes pagadoras por novos produtos e por processos mais eficientes e pela necessidade de incorporar os avanços do conhecimento científico.

Nesse sentido, são processos de inovação bastante centralizados, influenciados fortemente pelo ambiente setorial. Nos termos propostos por Sundbo e Gallouj (1998a), esse modelo se aproxima do que foi definido como padrão de gestão estratégica da inovação.

Com respeito à inserção desses casos num sistema de inovação, a recorrência de um padrão comum de inovação, mesmo que com determinadas especificidades entre os casos estudados, permite concluir que há um componente sistêmico influenciando esses processos. A ausência de relações de cooperação mais frequentes, por sua vez, indica que esse sistema não apresenta relações institucionalizadas, permitindo, com base nesses casos, defini-lo como um sistema de inovação contingencial ou “adocrático”.

A noção de sistema de inovação, por sua vez, explicita a influência de trajetórias organizacionais, tecnológicas ou comportamentais típicos do setor em análise: os serviços de assistência médica, sobre a gestão da inovação. Os processos de inovação estudados, por sua vez, demonstram a forte influência de práticas desenvolvidas na indústria, especialmente a influência dos métodos relativos a gestão da qualidade, sobre as inovações organizacionais identificadas. Mais do que isso, foi demonstrado que a maior parte das inovações, de produto ou de processo, foram decorrências dessas inovações organizacionais. Portanto, pode ser

considerado que, embora as inovações tenham sido concebidas e implementadas no setor de serviços, sem a dependência de inovações tecnológicas advindas da indústria, os próprios métodos de gestão empregados é que desencadearam a maior parte das inovações. Dessa forma, em vez de estarmos diante de processos de inovação absolutamente endógenos, os casos estudados descreveriam processos de difusão de inovações organizacionais oriundas da indústria. Durante essa difusão, obviamente, tais inovações são transformadas e recombinadas, gerando outras inovações.

Conclui-se, assim, para os casos analisados, que a atividade de resolução de problemas e, portanto, de inovação está baseada em um “pacote” comum de soluções definido pelos elementos que constituem o paradigma tecno-econômico vigente. Nesse sentido, tal conclusão corrobora a abordagem integradora da inovação em serviços, indicando a perspectiva em direção a uma teoria da inovação para todos os produtos, sejam bens ou serviços, mesmo que consideradas e ressaltadas as peculiaridades setoriais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta; CASSIOLATO, José Eduardo. **As especificidades do sistema de inovação do setor saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro**. Belo Horizonte: FESBE, 2000. 151P.
- BARRAS, Richard. Towards a theory of innovation in services. **Research Policy**, v.15, p.161-173, 1986.
- BANCO MUNDIAL. **World development indicators**, 2001. Disponível em: < www.worldbank.org > . Acesso em: 23 nov. 2001.
- CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo, Xamã, 1996. 335p.
- DOSI, Giovanni. Technological paradigms and technological trajectories. **Research Policy**, v.11, p.147-162, 1982.
- FREEMAN, C.; PEREZ, C. 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.
- GALLOUJ, Faïz. Towards a neo-Schumpeterian theory of innovation in services? **Science and Public Policy**, v.24, n.6, p.405-420, 1997.
- GALLOUJ, Faïz. Innovating in reverse and the attendant myths. **SI4S Topical paper**, n.1, 1998a.
- GALLOUJ, Faïz. Innovating in reverse: services and the reverse product cycle. **European Journal of Innovation Management**, v.1, n.3, p.123-138, 1998b.
- GALLOUJ, Faïz; WEINSTEIN, Olivier. Innovation in Services. **Research Policy**, v.26, p.537-556, 1997.
- GELIJNS, Annetine C.; ROSENBERG, Nathan. The changing nature of medical technology development. In: ROSENBERG, Nathan; GELIJNS, Annetine C.; DAWKINS, Holly (Eds). **Sources of medical technology: universities and industry**. Washington: National Academy Press, 1995.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.
- HAUKNES, Johan. Innovation in the service economy. **Step report**, n.7, 1996.
- HAUKNES, Johan. Services in innovation – innovation in services. **Step report**, n.13, 1998.
- HOSPITAL BANCO DE OLHOS (HBO). **Relatório de Evidências**, 2001.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Hospital de Clínicas de Porto Alegre: há 30 anos investindo na vida**, 2002. Disponível em: < www.hcpa.ufrgs.br > . Acesso em 20 fev. 2002.
- HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA (HDP). **Relatório ao Prêmio Qualidade RS**, 2001.

- HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA (HDP). Serviços, 2002. Disponível em: < www.divinaprovidencia.org.br >. Acesso em 19 fev. 2002.
- HOSPITAL MOINHOS DE VENTO (HMV). Hospital Moinhos de Vento: compromisso com a vida, 2002. Disponível em < www.hmv.org.br>. Acesso em 14 fev. 2002.
- HOSPITAL SÃO LUCAS (HSL). Hospital São Lucas da PUCRS: 22 anos de compromisso com a comunidade. **Revista dos Hospitais**, dezembro, 1998.
- HOSPITAL SÃO LUCAS (HSL). Hospital São Lucas: 25 anos de compromisso com a saúde e o conhecimento, 2002. Disponível em < www.pucrs.br/hsl/ >. Acesso em 14 fev. 2002.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Anual de Serviços, 1998-1999**. Volume 1, 2001.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Classificação Nacional das Atividades Econômicas**, 2002. Disponível em: < www.cnae.ibge.gov.br >. Acesso em 06 mar. 2002.
- ILLERIS, Sven; PHILIPPE, Jean. Introduction: the role of services in regional economic growth. **The Services Industries Journal**, v.13, n.2, p.3-10, 1993.
- KON, Anita. Sobre a atividade de serviços: revendo conceitos e tipologias. **Revista de Economia Política**, v.19, n.2 (74), 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.
- LUNDEVALL, Bengt-Ake. 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.
- LUNDEVALL, 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.
- MILES, Ian. Innovation in services. In: Dodgson, Mark; Rothwell, Roy (Eds). **The handbook of industrial innovation**. Cheltenham: Edward Elgar, 1996. p.243-256.
- 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.
- SCHUMPETER, Joseph. **A teoria do desenvolvimento econômico**. São Paulo: Nova Cultural, 1985. 168p.
- SUNDBO, Jon; GALLOUJ, Faïz. Innovation as a loosely coupled system in services. **SI4S Topical Paper**, n.4, 1998a.
- SUNDBO, Jon; GALLOUJ, Faïz. Innovation in services. **SI4S Synthesis Paper**, n.2, 1998b.
- U.S. Department of Commerce. **Industry accounts data – gross domestic product by industry, 1987-2000**. Disponível em: < www.bea.doc.gov/bea/dn2/gposhr.htm >. Acesso em 23 nov. 2001.
- Yin, Robert. **Estudo de Caso**. Porto Alegre, Bookman, 2001. 205p.

ZAWISLAK, Paulo. Gestão da inovação tecnológica e competitividade industrial: uma proposta para o caso brasileiro. **Anais...** XIX Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 1995.

ZAWISLAK, Paulo. Uma abordagem evolucionária para a análise de casos de atividade de inovação no Brasil. **Ensaio FEE**. V.17, n.1, p. 323-354, 1996.

ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

BLOCO 1 – IDENTIFICANDO INOVAÇÕES

Questão 1 – Identificar as principais inovações (mudanças) introduzidas no hospital durante os últimos dois anos

Questão 2 – Classificar as inovações mencionadas

- a) tecnológicas ou não-tecnológicas
- b) tipologia schumpeteriana

Questão 3 – Relatar as motivações que levaram até essas inovações (identificar seu foco)

Questão 4 – Identificar o resultado obtido com as inovações.

BLOCO 2 – RELAÇÕES ENTRE AS INOVAÇÕES E A GESTÃO EMPRESARIAL

Questão 1 – A gestão da inovação está relacionada no planejamento estratégico (ou ferramenta similar) da firma?

Questão 2 – Há relação entre as inovações relatadas e a estratégia da empresa? Há indicadores disso?

Questão 3 – Há planos de investimento definidos para a atividade inovadora?

Questão 4 – Há medidas do impacto dessas inovações na melhoria da qualidade dos serviços, no aumento dos lucros, na ampliação dos serviços, etc.?

BLOCO 3 – ENVOLVIMENTO DOS AGENTES INTERNOS NO PROCESSO DE INOVAÇÃO

Questão 1 – Descrição do processo interno de inovação. As inovações identificadas estão a cargo de algum setor específico? De alguma estrutura dedicada a inovações? De times de projeto? Há etapas identificáveis?

Questão 2 – Há políticas sistemáticas de qualificação dos recursos humanos? De que tipo?

Questão 3 – Identifica alguma mudança na organização do trabalho que seja um meio para favorecer a inovação?

BLOCO 4 – ENVOLVIMENTO DOS AGENTES EXTERNOS NO PROCESSO DE INOVAÇÃO

a) Influência direta de atores externos no processo de inovação

Considerando atores: Competidores, Consumidores, Setor Público, Fornecedores

Questão 1 – Como definiria a participação deles nos processos de inovação vivenciados na organização?

Questão 2 – Há alguma política deliberada de inserção desses atores no processo de inovação? Verificar existência de parcerias, alianças estratégicas, cooperação com universidade, etc.

b) Influências do ambiente institucional, setorial e gerencial sobre o processo de inovação

Considerando trajetórias: institucionais, tecnológicas, profissionais, gerenciais e sociais

Questão 1 – Identifica a influência dessas trajetórias no processo de inovação da organização?

Questão 2 – Há alguma consideração (influenciar, prevenir, prever) em relação a essas trajetórias na definição da estratégia da organização?

BLOCO 5 – BARREIRAS À INOVAÇÃO

Questão 1 – Quais as principais barreiras à inovação já identificadas?

Questão 2 – Diante das perspectivas da organização, o que imagina que possa se constituir numa barreira? *Razões internas ou externas.*

BLOCO 6 – PERCEPÇÃO SOBRE AS TENDÊNCIAS NA GESTÃO DA INOVAÇÃO NO HOSPITAL E NO SETOR

Questão 1 – Como avalia a atual forma de gestão da inovação empregada pela organização?

Questão 2 – Como imagina que a organização deva evoluir nesse sentido?

Questão 3 – Como crê que ela vai evoluir nesse sentido?

Questão 4 – Como avalia a atuação de organizações similares (ou concorrentes) em gestão da inovação?

Questão 5 – Como imagina que as organizações similares (ou concorrentes) trabalharão com a gestão da inovação?