

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
CURSO DE MESTRADO**

**IDENTIFICAÇÃO DAS INOVAÇÕES: UM ESTUDO DE CASO NOS HOSPITAIS
QUE INTEGRAM O SISTEMA DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL – RS**

SIMONE GRÜN WEIAND

Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea

Caxias do Sul, julho de 2009

SIMONE GRÜN WEIAND

**IDENTIFICAÇÃO DAS INOVAÇÕES: UM ESTUDO DE CASO NOS HOSPITAIS
QUE INTEGRAM O SISTEMA DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL – RS**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Administração, área de concentração: Inovação e Competitividade.

Orientador: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea

Caxias do Sul, julho de 2009

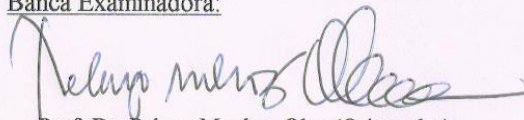
“Identificação das Inovações: Um estudo de caso nos hospitais que integram o sistema de saúde de Caxias do Sul-RS”

Simone Grün Weiland

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Administração, Área de Concentração: Administração da Produção.

Caxias do Sul, 30 de julho de 2009.

Banca Examinadora:



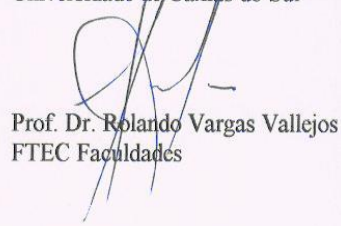
Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea (Orientador)
Universidade de Caxias do Sul



Profª. Dra. Janaina Macke
Universidade de Caxias do Sul



Profª. Dra. Maria Emilia Camargo
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Rolando Vargas Vallejos
FTEC Faculdades

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Fabrício Weiland, pelo amor demonstrado, à minha filha Isabela Grün Weiland, que nasceu durante esta jornada e aos meus sócios, pela compreensão e apoio.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pelo dom da vida e tudo que ele me proporciona.

A todos os meus familiares, em especial aos meus pais, às minhas irmãs, ao meu esposo Fabrício e ao meu sogro e sogra, que proporcionaram todo o suporte e apoio necessário.

A minha sócia Cecília Parizotto de Lima, pela compreensão e ao meu sócio Arcenildo Valderes da Silva Nunes, pelo incentivo e apoio nos momentos mais difíceis desse processo, possibilitando concluir esse trabalho.

A todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul (PPGA/UCS), por terem oferecido condições para a realização dessa investigação.

Ao meu orientador Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea, por acreditar no meu potencial e pela motivação e apoio na orientação.

Aos professores Dr. Eric Dorion e Dr. Carlos Alberto Costa, que participaram da banca de qualificação, pelas observações que contribuíram para o aprimoramento do trabalho.

Aos entrevistados, por acreditarem no trabalho e pela disponibilidade de me receberem e repassarem seu conhecimento e experiências; sem esta colaboração a conclusão deste trabalho seria impossível.

Aos colegas de mestrado, pela amizade e pelos momentos agradáveis que passamos juntos.

Enfim, a todas as pessoas que de alguma forma apoiaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

EPÍGRAFE

“Quando falta saúde, a sabedoria não se revela, a arte não se manifesta, a força não luta, a riqueza é inútil e a inteligência inaplicável.” (Herophilus – 280 A.C.)

RESUMO

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, no seu artigo 196 garante que saúde é um direito de todos e dever do Estado. A estrutura administrativa do governo e as políticas públicas têm sido influenciadas por temas de saúde, sendo direcionadoras da inovação e da competitividade no Brasil. A inovação é a implantação de um novo produto (bem ou serviço) ou significativamente melhorado, ou de um novo processo, ou de um novo método de *marketing*, ou um novo método organizacional na prática de negócios. Partindo da relevância das questões relacionadas à saúde no contexto histórico e econômico do Brasil, em especial na cidade de Caxias do Sul, e da importância da inovação para as organizações foi feito um estudo científico com a finalidade de buscar um melhor entendimento sobre o tema, identificando as inovações ocorridas em seis dos sete hospitais integrantes o Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX). A metodologia utilizada tem como base a pesquisa qualitativa de estudo de múltiplos casos, de caráter exploratório, por meio de entrevistas individuais em profundidade com os gestores dos hospitais participantes. Os conteúdos provenientes das citadas entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo, demonstrando que todos os hospitais participantes do estudo inovaram no período pesquisado. Foram trinta e cinco as inovações identificadas, sendo dez inovações de produto, dez de processo, quatro de *marketing* e onze organizacionais. A gestão é o fator preponderante para a inovação. A demanda foi o principal motivo que levou os hospitais a inovarem em produto; as inovações de processo foram motivadas pela humanização, agilidade e gestão. Para inovar em *marketing*, os hospitais valeram-se da sustentabilidade, demanda e fortalecimento da marca. Quanto ao setor em que ocorreram as inovações, observou-se que quinze, das trinta e cinco inovações identificadas, foram implementadas em todos os setores, sendo que as demais ocorreram em vários setores do hospital. Vinte e três inovações foram classificadas como radicais e doze como incrementais e vinte e quatro são novas para organização, restando onze como novas para o mercado. Por fim, apontam-se algumas limitações na investigação, bem como possibilidade de pesquisas futuras.

Palavras chave: Saúde. Sistema de Saúde. Inovação. Sistema de Inovação.

ABSTRACT

The Brazilian Federal Constitution, promulgated in 1988, on its 196 article ensures that health is everybody's right and a state duty. The government management structure and its public policies have been influenced by health themes, so being addressed to innovation and competitiveness in Brazil. Innovation is an implementation of a new product (benefit or service) either significantly improved, or a new process, or a *marketing* method, or a new organizational method of business practice. From the relevance of the issues related to health in the Brazilian historical and economical context, particularly in Caxias do Sul, and from the importance of innovation for the organizations it has been carried out a scientific study so as to search for a better understanding on the subject, identifying the innovations that have taken place in six out of seven hospitals members of the Caxias do Sul Health System. The methodology used has been based on qualitative research of multiple case studies, exploratory type, through in-depth interviews with managers from the participant hospitals. The contents proceeding from the interviews have been undergone to a content analysis, showing that every hospital that has participated on the study has innovated during the research period. There have been thirty-five identified innovations, namely, ten product; ten process; four *marketing*, and eleven organizational innovations. Management is the chief factor for innovation. Demand has been the main reason that has led hospitals to innovate their product; the process innovations have been brought about due to humanization, agility, and management. To innovate in *marketing*, hospitals have made use of sustainability, demand, and brand strengthening. Concerning to the sector where the innovations have taken place, it has been observed that, fifteen out of thirty-five identified innovations, have been implemented in every sector, and besides the others occurred in several hospital sectors. Twenty-three innovations have been classified as radical, and twelve as incremental and twenty-four are brand-new for the organization, remaining eleven as brand-new for the market. Finally, it has been pointed out some limitations on the investigation, as well as future research possibilities.

Keywords: Health. Health System. Innovation. Innovation System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Objetivos da pesquisa proposta.....	23
Figura 2 – Modelo linear do processo de inovação.....	37
Figura 3 – Modelo em cadeia do processo de inovação.....	38
Figura 4 – Modelo sistêmico de inovação.....	39
Figura 5 – Espaço da inovação.....	46
Figura 6 – Motivadores, tipo e setores das inovações dos hospitais pesquisados.....	102

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Inovações Identificadas	101
Gráfico 2 – Motivadores Das Inovações	103
Gráfico 3 – Setores Inovadores	103
Gráfico 4 – Extensão e Grau de Novidade	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões da inovação	49
Quadro 2 – Caracterização geral dos hospitais participantes	73
Quadro 3 – Composição do faturamento nos hospitais estudados no período de 2005 a 2007	75
Quadro 4 – Cargo ocupado pelos entrevistados	76
Quadro 5 – Datas e tempo das entrevistas	77
Quadro 6 – Extensão e grau de novidade das inovações de produto no H1	79
Quadro 7 – Extensão e grau de novidade das inovações de processo no H1	80
Quadro 8 – Resumo das inovações do H1	82
Quadro 9 – Resumo das inovações do H2	86
Quadro 10 – Extensão e grau de novidade das inovações de processo do H3	89
Quadro 11 – Resumo das inovações do H3	90
Quadro 12 – Resumo das inovações do H4	92
Quadro 13 – Resumo das inovações do H5	93
Quadro 14 – Resumo das inovações do H6	94
Quadro 15 – Inovações identificadas nos hospitais pesquisados	96
Quadro 16 – Resumo das inovações identificadas pelos entrevistados	99
Quadro 17 – Objetivos específicos e atendimento do objetivo	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gastos estimados em saúde por segmento.....	28
Tabela 2 – Número de profissionais do Hospital do Círculo no período de 2005 a 2007.....	59
Tabela 3 – Número de atendimentos do Hospital do Círculo no período de 2005 a 2007.....	59
Tabela 4 – Número de leitos do Hospital do Círculo no período de 2005 a 2007	60
Tabela 5 – Tempo médio de internação no Hospital do Círculo no período de 2005 a 2007 ..	60
Tabela 6 – Composição do faturamento do Hospital do Círculo no período de 2005 a 2007..	61
Tabela 7 – Número de profissionais do Hospital Fátima no período de 2005 a 2007.....	63
Tabela 8 – Número de atendimentos do Hospital Fátima no período de 2005 a 2007.....	63
Tabela 9 – Número de leitos do Hospital Fátima no período de 2005 a 2007	64
Tabela 10 – Tempo médio de internação no Hospital Fátima no período de 2005 a 2007	64
Tabela 11 – Composição do faturamento do Hospital Fátima no período de 2005 a 2007.....	64
Tabela 12 – Número de profissionais do Hospital Geral no período de 2005 a 2007.....	65
Tabela 13 – Número de atendimentos do Hospital Geral no período de 2005 a 2007	66
Tabela 14 – Número de leitos do Hospital Geral no período de 2005 a 2007.....	66
Tabela 15 – Tempo médio de internação no Hospital Geral no período de 2005 a 2007	67
Tabela 16 – Composição do faturamento do Hospital Geral no período de 2005 a 2007.....	67
Tabela 17 – Número de profissionais do Hospital Pompéia no período de 2005 a 2007.....	68
Tabela 18 – Número de atendimentos do Hospital Pompéia no período de 2005 a 2007.....	68
Tabela 19 – Número de leitos do Hospital Pompéia no período de 2005 a 2007	69
Tabela 20 – Tempo médio de internação no Hospital Pompéia no período de 2005 a 2007 ...	69
Tabela 21 – Composição do faturamento do Hospital Pompéia no período de 2005 a 2007...	69
Tabela 22 – Número de profissionais do Hospital Saúde no ano de 2008	71
Tabela 23 – Número de leitos do Hospital Saúde no período de 2005 a 2007.....	71
Tabela 24 – Número de profissionais da Clínica Paulo Guedes no período de 2005 a 2007 ...	72
Tabela 25 – Número total de profissionais nos hospitais estudados no período de 2005 a 2007	73
Tabela 26 – Número total de atendimentos nos hospitais estudados no período de 2005 a 2007	74

Tabela 27 – Número total de leitos nos hospitais estudados no período de 2005 a 2007	74
Tabela 28 – Resumo das inovações identificadas nos hospitais participantes da pesquisa.....	95
Tabela 29 – Motivadores das inovações.....	97
Tabela 30 – Setores onde foram implementadas as inovações nos hospitais pesquisados.....	97
Tabela 31 – Extensão e grau de novidade das inovações implementadas nos hospitais pesquisados.....	98

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	TEMA.....	20
1.2	PROBLEMA	21
1.3	OBJETIVOS DO TRABALHO.....	22
1.3.1	Objetivo geral.....	22
1.3.2	Objetivos específicos.....	22
1.4	JUSTIFICATIVA	23
1.4.1	Sistemas de Saúde.....	24
1.4.1.1	<i>Sistema de Saúde Brasileiro</i>	24
1.4.1.2	<i>Sistema de Saúde de Caxias do Sul</i>	29
1.4.2	A importância da inovação para as organizações.....	30
2	REFERENCIAL TEÓRICO	32
2.1	INOVAÇÃO	32
2.1.1	Processos de inovação.....	34
2.1.1.1	<i>Redes de inovação</i>	35
2.1.1.2	<i>Modelos do processo de inovação.....</i>	36
2.1.1.2.1	<i>Modelo linear</i>	36
2.1.1.2.2	<i>Modelo em cadeia.....</i>	37
2.1.1.2.3	<i>Modelo sistêmico</i>	38
2.2	DIMENSÕES DA INOVAÇÃO.....	40
2.2.1	Tipos de inovação	41
2.2.1.1	<i>Inovação de produto</i>	42
2.2.1.2	<i>Inovação de processo</i>	43
2.2.1.3	<i>Inovação de marketing</i>	43
2.2.1.4	<i>Inovação organizacional</i>	44
2.2.2	Extensão da inovação	45
2.2.2.1	<i>Inovações radicais.....</i>	46

2.2.2.2	<i>Inovações incrementais</i>	47
2.2.3	Grau de novidade da inovação	47
2.3	CONCLUSÃO DO CAPÍTULO.....	48
3	METODOLOGIA	50
3.1	PESQUISA QUALITATIVA	50
3.2	ESTUDO DE CASO	51
3.2.1	Escolha do caso	52
3.3	TÉCNICA DA COLETA DE DADOS	53
3.3.1	Entrevista em profundidade	53
3.4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	55
3.4.1	Análise de conteúdo	55
4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	57
4.1	CONTEXTO HISTÓRICO DOS HOSPITAIS PARTICIPANTES	57
4.1.1	Hospital do Círculo	57
4.1.2	Hospital Fátima	61
4.1.3	Hospital Geral	65
4.1.4	Hospital Pompéia	67
4.1.5	Hospital Saúde	70
4.1.6	Clínica Paulo Guedes	72
4.1.7	Resumo do Contexto Histórico dos Hospitais Participantes	73
4.2	ENTREVISTA INDIVIDUAL EM PROFUNDIDADE	75
4.2.1	Perfil dos entrevistados e operacionalização das entrevistas	75
4.2.2	Análise e interpretação das entrevistas	77
4.2.2.1	<i>H1 – Identificação das inovações no período pesquisado</i>	78
4.2.2.2	<i>H2 – Identificação das inovações no período pesquisado</i>	83
4.2.2.3	<i>H3 – Identificação das inovações no período pesquisado</i>	87
4.2.2.4	<i>H4 – Identificação das inovações no período pesquisado</i>	90
4.2.2.5	<i>H5 – Identificação das inovações no período pesquisado</i>	92
4.2.2.6	<i>H6 – Identificação das inovações no período pesquisado</i>	94
4.2.2.7	<i>Análise conjunta das entrevistas</i>	95
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
5.1	CONCLUSÕES	100

5.2	DOS OBJETIVOS PROPOSTOS.....	104
5.3	LIMITAÇÕES E LIÇÕES DA PESQUISA	105
5.4	DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS	105
	REFERÊNCIAS	107
	APÊNDICE I.....	114
	CONCEITOS UTILIZADOS NA PESQUISA.....	114
	APÊNDICE II	116
	ROTEIRO DE ENTREVISTA	116

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, no seu artigo 196 garante que “saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Para alcançar este objetivo são necessárias políticas sociais e econômicas que visem ao bem estar, ao bem social e à redução do risco de doenças e de outros agravos, garantindo acesso às ações e serviços de saúde de maneira universal e igualitária.

Em 1990 foi implantado em todo o país o Sistema Único de Saúde (SUS); a partir desta data foram criados os órgãos necessários ao funcionamento deste novo sistema, que foi amadurecendo e trilhando o caminho em busca da efetividade através da municipalização da saúde.

Muller Neto (1991) diz que a municipalização representa a articulação, União e organização dos Municípios brasileiros, em particular dos serviços Municipais de saúde, através de seus dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetivos relacionados à descentralização de recursos, de poder e ações no setor da saúde.

A municipalização está baseada em conceitos como o de Sistemas Locais de Saúde (SLS), no qual se busca estabelecer a universalização da cobertura e do acesso da atenção às populações de maneira regionalizada, objetivando a melhoria de seus níveis e condições de saúde, com o máximo de eficácia e eficiência técnico-operacional, política, econômica e social. Para Mendes (1993), o propósito último da criação e desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde não é apenas um passo a mais no processo de descentralização político-administrativo do Sistema de Saúde, mas sim uma maneira de redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a se responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha em um determinado espaço territorial e social.

O Sistema Local de Saúde (SLS) de Caxias do Sul atende aos 48 Municípios de abrangência da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, o qual é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de

qualidade à população usuária do SUS. Para cumprir com o seu objetivo, oferece, entre outros serviços, a assistência hospitalar através de sete hospitais que atendem pelo SUS, Sistema de Saúde Suplementar e Desembolso Direto.

Os serviços de saúde estão em constante evolução para melhor atender às necessidades da população. Segundo Pereira et al. (2004), desde a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde em 1994, a estrutura administrativa do governo e as políticas públicas têm sido influenciadas por temas de saúde, sendo direcionadores da inovação e da competitividade no Brasil.

O caráter multidisciplinar que caracteriza a inovação culmina em multiplicidade de conceituações formuladas. Conforme Carayannis e Gonzalez (2003), a inovação apresenta-se comumente na literatura sob a forma de conceitos vagos. Além disso, há conceitos que usualmente são sobrepostos ou confundidos com o termo inovação. Desta forma, faz-se necessário distinguir invenção de inovação.

Invenção é aquilo que traz algo novo, que surge de idéias, de criatividade (CARAYANNIS; GONZALEZ e WETTER, 2003 e BESSANT, 2003) mas que nem sempre tem alguma aplicabilidade (DRUCKER, 1994); enquanto não transformada em inovação é economicamente irrelevante (SCHUMPETER, 1982).

Inovação é uma palavra derivada do *Latim innovare*, que significa tornar “algo novo” (BESSANT, 2003, p. 761), “introduzir algo novo à existência e à ordem das coisas”, (CARAYANNIS; GONZALEZ e WETTER, 2003, p. 115). É a transformação de uma idéia em um produto vendível, novo ou melhorado, ou em um processo produtivo, ou em um novo método de serviço social (OECD, 1981); pode ser considerada como um novo uso de possibilidades e componentes pré-existentes (SCHUMPETER, 1997), sendo usada para agregar valor, por meio de elevação de vendas, redução de custos e outras melhorias similares amplamente aceitas e utilizadas (TIDD; BESSANT e PAVITT, 2005).

O processo essencial para as empresas é a inovação, não a invenção (SCHUMPETER, 1997).

Partindo da relevância das questões relacionadas à saúde no contexto histórico e econômico no Brasil, em especial na cidade de Caxias do Sul, e da importância da inovação para as organizações, a pesquisa traz primeiramente a base conceitual sobre inovação; em seguida, identifica as inovações que ocorreram nos seis hospitais de Caxias do Sul que se dispuseram a participar do estudo, bem como seus motivadores, o setor da organização e

como elas ocorreram e, ainda classifica-as quanto à extensão e grau de novidade. Por último, apresenta a análise das inovações identificadas em cada um dos hospitais e de forma conjunta, apresentando as conclusões.

1.1 TEMA

Howells e Tether (2004) dizem que os serviços podem ser classificados em quatro grupos: aqueles que dão suporte às atividades empresariais em logística e movimentação, prospecção e processamento de informações (*call centers*), serviços baseados no conhecimento (ensino e pesquisa) e aqueles especializados em lidar com pessoas, nestes últimos incluída a saúde. Apesar desta diversidade, as características gerais se aplicam à maioria dos serviços (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000).

Conforme Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), dada a crescente representatividade dos serviços nas economias locais e na economia global, bem como a dinâmica das operações, é entendível que haja um processo incremental natural na qualificação das atividades ligadas a serviços. A inovação em serviços, descrita no Manual de Oslo (2005), tende a ser um processo contínuo, construído por uma série de mudanças incrementais, que complicam a identificação das inovações em serviços como eventos isolados, isto é, como a implementação de uma mudança significativa em produtos, processos e outros métodos.

A inovação, como diz Schumpeter (1997), é o resultado da implementação de invenções e do conhecimento acessível às organizações, motivados pela busca de vantagens competitivas com impacto econômico.

Na área de serviços de saúde, observa-se que a inovação também é influenciada pelas fontes de recursos dos atores envolvidos, mesmo assim podendo ser incrementais ou radicais, como dizem Bessant e Tidd (2007), a nível de componente ou sistema abrangendo os quatro tipos de inovação: produto, processo, gestão (organizacional) e *marketing* (posição competitiva).

O Sistema Único da Saúde (SUS), segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2006), apresenta severas ineficiências econômicas, internas e de escala, que se refletem fortemente na capacidade de investimentos dos hospitais que lhe prestam serviços, diferente de outros focados na prestação de serviços para o Sistema de Saúde

Suplementar. Certamente isto é um fator de desmobilização e restrição para a implementação da inovação no contexto público, que implica em diferentes graus incrementais do conhecimento que gera inovação.

O Sistema de Saúde de Caxias do Sul, denominado de SSCX, é composto de sete hospitais, dos quais seis se dispuseram a participar da pesquisa. Neste universo de serviços à saúde, o tema desta pesquisa é a identificação das inovações ocorridas nos seis hospitais participantes.

1.2 PROBLEMA

Inovação é sinônimo de mudança. As organizações inovadoras evoluem, ofertando novos produtos ou serviços e colocando em andamento novos processos. Atualmente, elas são obrigadas a inovar para competir e sobreviver, o que sugere a inclusão da dinâmica empresarial em uma complexa rede de relações, em centros de investigação, de produção de conhecimento e de transferência de tecnologia, como fator essencial para o desenvolvimento econômico de uma determinada região ou país.

De acordo com a bibliografia publicada sobre a inovação em suas distintas formas, Suris (1989 apud OLEA, 2008) descreve a clara correlação entre invenção, inovação e difusão da inovação. Afirma que invenção é o descobrimento de uma nova aplicação da ciência ou da tecnologia e inovação é a introdução no mercado desta invenção, enquanto que a difusão da inovação é a extensão do uso da inovação para seu possível público.

A inovação no Sistema de Saúde, alvo de pesquisas no meio acadêmico, é ainda pouco explorada pelos governos e pelas organizações. De acordo com o Manual de Oslo (2005), ela pode ocorrer em qualquer setor da economia, incluindo serviços governamentais como saúde e educação; entretanto, suas diretrizes são essencialmente voltadas para as inovações de empresas comerciais, abarcando indústrias de transformação, indústrias primárias e o setor de serviços.

Corroborando com as considerações dos autores já citados, Bessant e Tidd (2007) ainda destacam que a inovação também é um resultado da cultura organizacional, norte dos comportamentos internos, motivando ou não a iniciativa dos envolvidos.

Neste sentido, o problema central desta pesquisa é identificar: Quais as inovações que ocorreram nos hospitais que integram o Sistema de Saúde de Caxias do Sul – SSCX a partir do ano de 2005? Como, onde e por que elas ocorreram?

1.3 OBJETIVOS DO TRABALHO

A partir da delimitação do problema de pesquisa, devem ser definidos os objetivos do trabalho. Segundo Gil (2002), para que uma pesquisa possa ser realizada com a precisão requerida, é necessário que se parta dos objetivos gerais, os quais indicam a direção a seguir e se estabeleça os objetivos específicos do que será obtido nas fases propostas.

1.3.1 Objetivo geral

O presente estudo tem por objetivo geral identificar as inovações nos seis hospitais participantes da pesquisa, os quais integram o Sistema de Saúde de Caxias do Sul – SSCX, no período de 2005 até a data de cada uma das entrevistas.

1.3.2 Objetivos específicos

A partir do objetivo geral, a presente pesquisa se estruturará, no contexto do estudo, nos seguintes objetivos específicos:

- caracterizar os hospitais participantes da pesquisa;
- identificar quais os tipos de inovações que ocorrem nestas organizações:
 - a) inovação de produto (bens ou serviços)
 - b) inovação de processo
 - c) inovação de *marketing*
 - d) inovação organizacional
- identificar os motivadores das inovações;

- identificar como e onde ocorrem as inovações;
- verificar a extensão e o grau de novidade das inovações identificadas.

O objetivo geral, bem como os objetivos específicos da pesquisa, estão evidenciados na Figura 1.

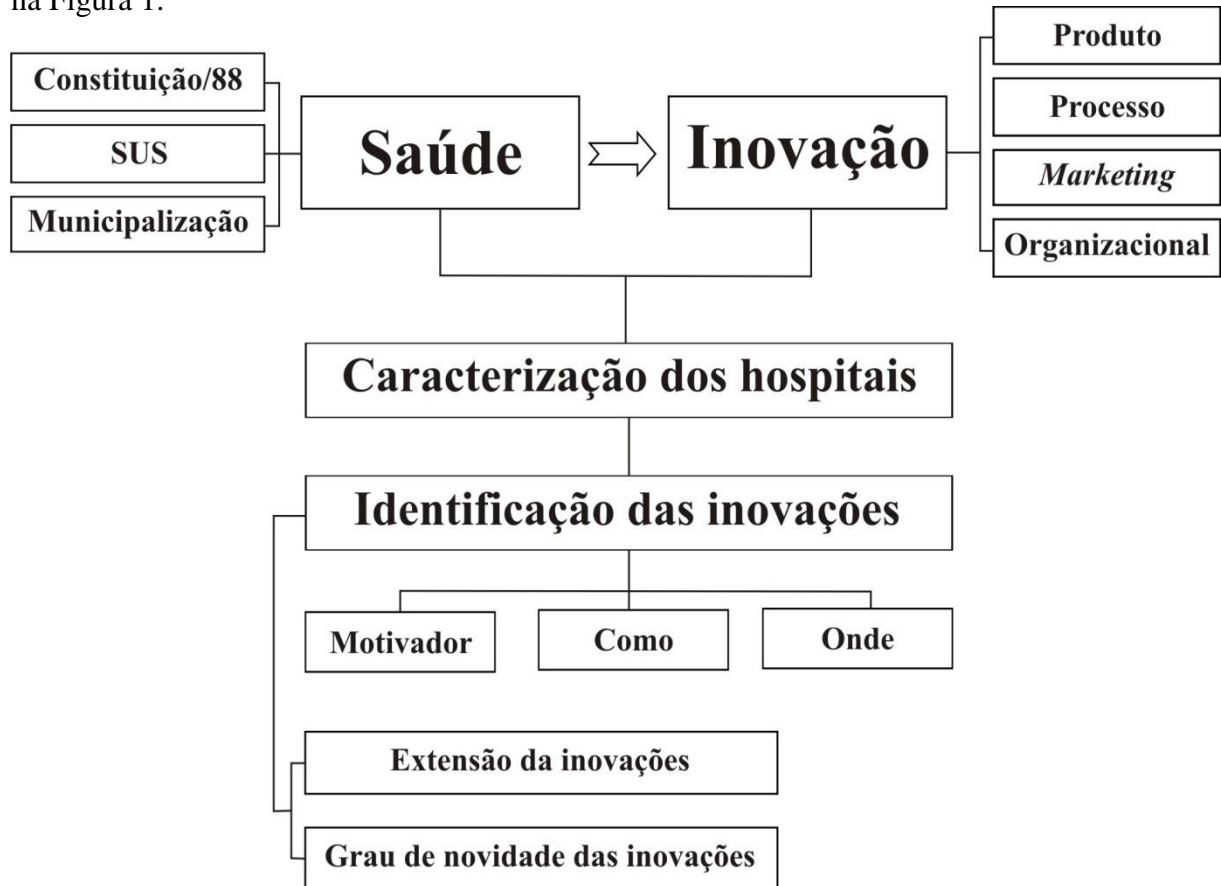


Figura 1 – Objetivos da pesquisa proposta

Fonte: Elaboração própria.

1.4 JUSTIFICATIVA

Conforme dados da *World Health Organization* (2000), os serviços de saúde no mundo representaram um gasto global de 3 trilhões de dólares, representando 8% do PIB mundial. Em pesquisa mais recente, a mesma fonte revela que os gastos com saúde no Brasil representam 7,6% do PIB (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Para atender à Constituição promulgada em 1988, a qual determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, foi criado o SUS, o qual buscou na descentralização, através da municipalização da saúde, a forma de gestão para alcançar seus objetivos, sendo

que a a Emenda Constitucional nº 29 de 2000 veio a definir os valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços de saúde pelos governos Estaduais, Municipais e pela União (CONASS, 2006).

Os recursos destinados pelos governos Municipais, Estaduais e pela União, são repassados à Secretaria de Saúde do Município, órgão responsável pelo seu gerenciamento. No entanto, os prestadores de serviço ao sistema podem ser tanto estatais (Federais, Estaduais e Municipais), como privados sem fins lucrativos (entidades filantrópicas) e privados com fins lucrativos (saúde complementar).

1.4.1 Sistemas de Saúde

Um Sistema de Saúde tem como objeto de trabalho a promoção da saúde da população, sendo a saúde entendida como um componente da qualidade de vida. Segundo Oliveira (2005), a expressão “promoção da saúde” foi usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro da *National Health and Welfare* (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá, Mark Lalonde, num documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadenses). McGuirre, Henderson e Mooney (1992 apud OLEA, 2008) introduziram o conceito de necessidade, relacionando a demanda por saúde com uma expressão da “necessidade por serviços de saúde”, que é um conceito relativo, pois resulta do julgamento da sociedade e do indivíduo sobre a importância dos custos e benefícios de determinado tratamento.

1.4.1.1 Sistema de Saúde Brasileiro

No Brasil, o Sistema de Saúde no século XX seguiu o processo de países latino-americanos, como México, Chile, Argentina e Uruguai. Em 1920 destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Já em 1923 instituiu-se o Sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), financiadas de forma tripartite pelos empregados, empresas e governo, sendo organizadas por empresas ou categorias profissionais, deixando fora do sistema as pessoas que não pertenciam a nenhuma destas categorias (ESCOREL; NASCIMENTO e EDLER 2005).

Na década de 30, a estrutura das CAP's foi adicionada pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), autarquias centralizadas no governo Federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Ao longo desta década ainda foram criados os Institutos de Marítimos (IAPM), Comerciais (IAPC), Bancários (IAPB), Estiva e Transporte de Cargas (IAPTEC) e Industriários (IAPI). Nos anos 40 foi criado o último desses institutos, o dos Servidores do Estado (MÉDICI, 2007).

Durante as décadas de 40 e 50, as CAP's e IAP's eram a única forma de assistência médica prestada aos trabalhadores formais. Poucos eram os Estados e Municípios que dispunham de serviços de assistência médica adequados às necessidades de sua população. Alguns estabelecimentos filantrópicos mantinham cuidados à saúde para famílias pobres e indigentes. No ano de 1953 é criado o Ministério da Saúde, o qual agregava alguns hospitais especializados em doenças transmissíveis e em psiquiatria.

No entanto, a assistência médica prestada pelos IAP's apresentava alguns problemas como a exclusão. Muitos trabalhadores formais, bem como os trabalhadores rurais e os trabalhadores do setor informal urbano, não pertenciam a ramos de atividade ou categorias profissionais cobertas pelos IAP's e pela estrutura remanescente das CAP's. A exclusão e outras deficiências levaram à unificação das estruturas de assistência médica dos IAP's, consumada, em 1960, pela Lei Orgânica da Previdência Social.

O golpe militar de 1964 e o governo autoritário que se instituiu criaram condições propícias para alterar o sistema de previdência social e assistência médica existentes. Em 1967, no bojo das reformas administrativa, fiscal e financeira, foi feita também a reforma previdenciária, unificando cinco dos seis IAP's num único instituto – o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, que contribuía na época com 8% de seus salários, adicionados dos 8% da folha de salários das empresas, independentemente de ramo de atividade ou categoria profissional.

A partir de então passaram a estar cobertos os trabalhadores autônomos e os empregadores (individualmente) que contribuíssem em dobro para o INPS (16% de sua renda básica). Essa extensão de cobertura trouxe problemas para as instituições de assistência médica da previdência social, dado que os estabelecimentos dos antigos IAP's não conseguiam atender a demanda dessa nova clientela do INPS. Foi necessário não apenas ampliar as instalações de assistência médica da previdência, como também contratar uma rede maior de estabelecimentos privados que, mediante processos de compra e venda de serviços

médicos por Unidade de Serviço (US), passariam a integrar a rede de assistência médica do INPS.

O setor privado, por sua vez, com exceção do filantrópico, calcado nas Santas Casas e hospitais ligados a ordens religiosas, não contava com uma rede de estabelecimentos de grande proporção. Seria necessário ampliar esta rede para dar conta da nova demanda governamental. Boa parte da expansão desta rede foi financiada com recursos públicos oriundos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em 1974 e formado por recursos das Loterias Federal e Esportiva, bem como por saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF).

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, com o desdobramento do INPS em três institutos: o de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), que administrava e recolhia recursos; o INPS, que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), destinado somente a administrar o Sistema de Saúde previdenciária.

O processo consolidou-se, em 1976, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do seu instrumento financeiro, o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A estrutura previdenciária permaneceu praticamente inalterada até meados dos anos 80 e a ela se somavam os subsistemas compostos pelo Ministério da Saúde e pelos Estados e Municípios.

A Constituição Federal do Brasil promulgada em 1988 determina que a saúde seja direito de todos e dever do Estado. Buscando cumprir o determinado pela Carta Magna, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual representa a unificação formal de algumas destas estruturas. O SUS incorporou os hospitais universitários do Ministério da Educação e as redes públicas e privadas conveniadas de saúde nos Estados e Municípios, formando um sistema que tem abrangência nacional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) segue uma orientação cujo exemplo pode ser encontrado no modelo de organização do Sistema de Saúde inglês da década de 40, marcado pela noção de direto à assistência à saúde, pela cobertura universal, pelo financiamento através de tributos, prestação mista dos serviços e o controle e regulação do sistema pelo Estado. O artigo 198 da Constituição Federal, em seu parágrafo único, estabelece que o SUS deveria ser financiado com recursos dos orçamentos da Seguridade Social, da União, dos

Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Entretanto, em 1993, a saúde pública perdeu a sua principal fonte de recursos, pois o que era arrecadado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social passou a cobrir as despesas previdenciárias. Assim sendo, o setor teve que passar a disputar outras fontes de receitas com distintas áreas.

Para tentar garantir a estabilidade do SUS, foram criadas a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), de 1996, e a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Esta última definiu o mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde pelos governos Estaduais, Municipais e pela União. Para os Estados, o mínimo foi definido em 12% das receitas próprias; para os Municípios, o mínimo ficou em 15% das receitas próprias. Já para a União, o limite mínimo foi definido como o valor investido em 1999, acrescido de 5%. Para os anos subsequentes, este valor aumentaria de acordo com a variação nominal do Produto Interno Bruto (CONASS, 2006).

No ano de 2006 firmou-se o Pacto pela Saúde, um acordo interfederativo que introduz um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilidade sanitária, estendendo a discussão da saúde para além dos limites setoriais e aprofundando a descentralização do SUS para Estados e Municípios, de forma compartilhada.

O Sistema Único de Saúde (SUS) pauta-se por três princípios constitucionais: universalidade, integralidade e equidade. A universalidade refere-se à extensão das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os cidadãos, sem distinções ou restrições, o que ofereceria uma gama bastante ampla de serviços sanitários e socialmente necessários, sem qualquer custo. A partir desses serviços, os cidadãos teriam ainda a possibilidade de recorrer aos serviços suplementares promovidos por sistemas privados e pagos.

Existem países que constituíram sistemas públicos universais, como a Alemanha e o Canadá, enquanto outros segmentaram seu Sistema de Saúde. A segmentação é muito comum nos países em desenvolvimento. No Brasil, especialmente pela dificuldade de se criarem as bases materiais para a garantia da universalidade, a construção social do SUS vem sendo feita de forma segmentada, incorporando dois outros subsistemas relevantes, o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Gastos estimados em saúde por segmento

Segmento do Sistema de Saúde	Gasto anual (em R\$ bilhões)	Percentual
Sistema Único de Saúde	68.8	45.3
Sistema de Saúde Suplementar	36.2	23.8
Sistema de Desembolso Direto	46.8	30.9
Total	151.8	100.0

Fonte: Ministério da Fazenda: STN, In: Afonso (2006). Agência Nacional de Saúde Suplementar (2006). World Health Organization (2006).

A integralidade visa a assegurar ao cidadão uma atenção que compreende as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do SUS; também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade, com vistas à inserção social.

Carvalho (2006) propõe a integralidade regulada para o SUS, definindo e ofertando a todos os brasileiros um conjunto de serviços sanitários e socialmente necessários. Estes serviços devem ser organizados em redes, concentrando alguns e dispersando outros. Em geral, os serviços de atenção primária devem ser dispersos e os serviços de densidade tecnológica devem ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O terceiro princípio que estrutura o Sistema Único de Saúde (SUS) é o da equidade. Foi definido pela Sociedade Internacional de Equidade em Saúde, na Conferência sobre Equidade em Saúde de Havana de 2000, como a ausência de diferenças e potencialidades remediáveis em um ou mais aspectos da saúde que se manifestam em grupos populacionais definidos social, demográfica ou geograficamente (STARFIELD, 2006).

A equidade em saúde pode ser analisada sob o aspecto do uso do serviço, dos resultados sanitários e do financiamento. A Organização Mundial da Saúde estabelece que um dos objetivos dos Sistemas de Saúde é o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). No Brasil, a Lei nº 8.080 de 1990 apenas menciona no seu artigo 2º, parágrafo 1º, que é dever do Estado estabelecer acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Para cumprir sua missão, o Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza-se de princípios organizadores, tais como descentralização, regionalização, hierarquização e a participação da sociedade organizada através das instâncias de controle social. A descentralização é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os Municípios, atendendo às

determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas a cada um dos entes federativos envolvidos (União, Estados, Municípios e Distrito Federal).

A municipalização reconhece os Municípios, através das Secretarias Municipais de Saúde, como principais responsáveis pela saúde da população. Isso implica na transferência dos recursos necessários para o exercício pleno das funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local. Desta forma, os serviços de saúde ficam mais próximos dos cidadãos e de seus problemas. Nesse modelo, os Estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo.

1.4.1.2 Sistema de Saúde de Caxias do Sul

Com a descentralização, Caxias do Sul tem como responsabilidade, através da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município, bem como nos 48 Municípios de abrangência da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde. Além das ações e serviços de saúde, a SMS é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade à população usuária do SUS.

A "porta de entrada" para o Sistema Único de Saúde (SUS), são as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) existentes no Município, uma vez que devem ser as primeiras referências da população para buscar cuidados aos seus problemas e atenção às suas necessidades básicas de saúde.

O Município de Caxias do Sul possui uma rede de 39 UBS's, onde todos os cidadãos e cidadãs caxienses podem ter acesso a consultas nas áreas de clínica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, enfermagem e nutrição, além de medicamentos, os quais compõem uma lista de aproximadamente 118 itens, selecionados de acordo com o perfil epidemiológico da população e segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Nas UBS's também ocorre o agendamento do Transporte de Apoio (SAMU 192 Caxias) o qual é destinado a transportar pacientes crônicos ou dependentes de oxigênio, ou restritos ao leito, do seu domicílio aos serviços de hemodiálise, radioterapia, quimioterapia, fisioterapia, bem como para cirurgia ou consultas médicas dentro e fora do Município.

A crescente demanda deriva, em parte ao grande aumento da população, em parte ao atendimento da previsão constitucional de 1988 e à municipalização da saúde, fez surgir em Caxias do Sul três novos hospitais nos últimos treze anos, os quais vieram a somar-se aos cinco já existentes, criando uma rede de oito hospitais, sendo que no ano de 2007 um deles encerrou suas atividades. Estes, estão aptos a prestar atendimento básico, de média e de alta complexidade, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2009).

A assistência hospitalar ofertada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Caxias do Sul é feita pelo Hospital Pompéia, Hospital Geral, Hospital Saúde e Clínica Paulo Guedes. Também integram o Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX), através do Sistema de Saúde Suplementar e Desembolso Direto, o Hospital do Círculo, Hospital Fátima e Hospital Unimed, totalizando sete hospitais, sendo seis denominados de Hospitais Gerais e a Clínica Paulo Guedes, denominada de Hospital Especializado.

1.4.2 A importância da inovação para as organizações

O atual cenário competitivo que as organizações se encontram está sendo cada vez mais desafiador e vem deixando tanto as organizações, como seus gestores, em constante preocupação. O principal motivo desta não é unicamente o fato de haver frequentes mudanças, mas sim a velocidade acelerada e a incerteza de como as mesmas estão ocorrendo. À medida que seu ritmo se acelera, as organizações não podem mais confiar nas suas antigas práticas de negócio, fazendo-se necessário constantemente inovar (KOTLER e FOX, 2000).

A estratégia de inovação passa por decisões complexas e arriscadas, que entretanto são de importância fundamental para a sobrevivência e competitividade das organizações. A inovação envolve muitos aspectos, impulsiona seus resultados, acelera o crescimento, garante vantagem sobre os concorrentes e agrega valor ao acionista (JONASH e SOMMERLATTE, 2001).

Porter (1990) descreve que a competitividade de uma nação depende da capacidade de sua indústria para inovar e melhorar. As empresas conseguem vantagens competitivas através das inovações. De outra parte, Callon (1992 apud OLEA, 2008) aborda que o aprendizado tecnológico necessita de esforço consciente, propositivo e incremental para coletar novas informações, tentar coisas novas, criar novas habilidades e rotinas operacionais, bem como estabelecer novos relacionamentos com atores externos. Drucker (1998) afirma que a

inovação é um instrumento do espírito empreendedor, que gera nova capacidade de criar riqueza; sendo assim, as empresas que desejam aumentar sua competitividade sentem a necessidade de investir em práticas voltadas ao desenvolvimento sistemático de novas tecnologias e buscar novas formas de desenvolver suas atividades, seja na criação de novos produtos, serviços ou processos, ou ainda, melhorando os já existentes.

Buscando diferenciar invenção de inovação em sua teoria, Schumpeter (1982) demonstrou que enquanto não são levadas à prática, ou seja, enquanto não transformadas em inovação, as invenções são economicamente irrelevantes. Inovar vai além de inventar e o inovador precisa convencer o consumidor a adaptar e utilizar sua invenção para que ela se converta em inovação; só então, passará a contribuir para o desenvolvimento. Na mesma linha, Nelson (1993 apud OLEA, 2008) afirma que uma inovação de produto ou serviço é considerada bem sucedida quando pode ser vendida para os consumidores em uma quantidade e a um preço que proporcione lucro, e uma inovação de processo, possibilite custos de produção mais baixos ou uma operação mais rentável.

Já Drucker (1994) diz que invenção é aquilo que traz algo novo, que surge de idéias, de criatividade, mas que nem sempre tem alguma aplicabilidade ou que está associada à absorção do mercado. Bessant (2003) argumenta que a invenção está relacionada essencialmente ao momento de inspiração criativa que abre uma nova possibilidade, como a descoberta de um novo composto, a observação de um novo fenômeno e o reconhecimento de uma necessidade de mercado não atendida e ainda que seja essencial para o início do processo, a invenção não é suficiente para que seja considerada como inovação.

A inovação é descrita por Tidd, Bessant e Pavitt (2003) como o processo-chave associado à renovação dentro da organização, ao determinar o que ela oferece e como cria e distribui esta oferta. De acordo com os autores, vista desta forma a inovação é uma atividade de natureza genérica associada à sobrevivência e ao crescimento, e com este nível de abstração pode-se considerar que o processo-base é comum a toda a organização.

Tendo em vista o contexto histórico e econômico do setor da saúde no Brasil, em especial em Caxias do Sul, e a importância da inovação para as organizações, o presente trabalho estuda os quatro tipos de inovações conceituadas na bibliografia contemporânea – produto, processo, gestão (organizacional) e *marketing* (posição competitiva), nos seis hospitais do Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX) que se dispuseram a participar do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta os fundamentos teóricos sobre inovação, processos de inovação, modelos de inovação e dimensões da inovação que dão suporte as discussões ao longo da pesquisa.

2.1 INOVAÇÃO

Foi Schumpeter, em 1912, que influenciou as teorias da inovação, dando a ela um lugar de destaque na teoria do desenvolvimento econômico. O autor sustenta que o desenvolvimento econômico, nas economias capitalistas, é dirigido pelo impacto das inovações tecnológicas, as quais ocorrem através de um processo dinâmico, por ele denominado de “destruição criadora”, no qual as novas tecnologias substituem as antigas, contrapondo a idéia do equilíbrio geral da economia, tal como descrito na teoria neoclássica.

Para Schumpeter (1934) a inovação se apresenta em cinco situações diferentes. Com a introdução no mercado de um novo bem de produção ou de consumo, de um novo método de produção, da criação de um novo mercado (no país ou em outro), da utilização de uma nova fonte de fornecimento de matéria-prima ou de produtos semi-acabados e, também servir-se de novas estruturas de mercado (novos insumos de produção, novos canais de distribuição ou novos monopólios) (OLEA, 2008).

Outros autores se concentram na definição de inovação. Haustein (1980) define inovação como a capacidade para produzir novos produtos ou máquinas, novas soluções organizacionais no processo de produção e no mercado, a palavra inovação está ligada a mudança. A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OECD (1981), no Manual de Frascati, diz que inovação é a transformação de uma idéia em um produto vendível, novo ou melhorado, ou em um processo produtivo, industrial ou comercial, ou em um novo método de serviço social. Desta forma a inovação cobre todas as medidas científicas, técnicas, comerciais e financeiras necessárias para afiançar o êxito do desenvolvimento dos

processos, produtos ou serviços. Pavon e Goodman (1981) definem inovação como o conjunto de atividades que conduzem a introdução no mercado, por primeiro, de uma idéia em forma de novos ou melhores produtos, processos, serviços ou técnicas de gestão e organização.

Segundo Dosi (1982 apud OLEA, 2008), a inovação diz respeito à busca, descoberta, experimentação e adoção de novos produtos, processos e novas formas organizacionais. O autor ainda classifica as quatro propriedades fundamentais da inovação: a) incerteza gerada pela existência de problemas tecnoeconômicos cujas soluções são desconhecidas; b) crescente dependência das novas oportunidades tecnológicas no conhecimento científico. Esta propriedade deve ser vista com ressalva quando se considera a importância do conhecimento tácito para o processo de inovação (DUNNING, 2000); c) crescente formalização das atividades de pesquisa e desenvolvimento e sua execução no interior de empresas de manufatura integradas; d) aprendizagem por meio de atividades informais de solução de problemas de produção e esforços para satisfazer às necessidades dos clientes. Com os mesmos argumentos, Nelson e Winter (1982 apud OLEA, 2008) afirmam que a incerteza pode ser reduzida, mas não eliminada do processo de inovação, pois sua natureza não é totalmente previsível no início da tentativa que culmina na inovação.

Para Robbins (1998) a inovação é uma mudança especializada, toda ela envolve mudança, mas nem toda mudança é necessariamente uma inovação. Audretsch (2002) estabelece um comparativo entre invenção e ciência, e entre inovação e tecnologia. À primeira dupla, é possível atribuir o valor da relevância científica, enquanto responsáveis pela geração de conhecimento fundamental. À segunda, o valor da relevância tecnológica, já que a inovação e a tecnologia são responsáveis pela utilização e difusão do novo conhecimento, resultando em ganhos sociais e econômicos.

Ainda segundo Escorsa e Valls (1994 apud OLEA, 2008), deve existir uma utilidade social real, ou sentida, que permite que a sociedade consiga melhorias como comodidade, conforto, segurança, energia, qualidade e estética, através dos novos produtos, processo ou serviços gerados pela inovação.

Gatignon et al. (2002) sugerem que a inovação pode ser descrita de forma abrangente ao se fazer uma distinção entre complexidade de produto (número de subsistemas), local da inovação (central/periférica), diferentes tipos de inovação (de nova geração ou na arquitetura), e características da inovação (incremental/radical, que gera novas competências ou destrói

competências). Os resultados deste estudo mostram que quanto mais complexo o produto, mais longo será o tempo necessário para desenvolvê-lo e lançá-lo.

O elemento comum, sobre inovação, que se pode extrair das definições dos autores citados é que se os novos produtos ou serviços não são aceitos pelo mercado, não existe inovação; portanto, é a introdução com êxito de um produto ou serviço em um mercado que define a existência da inovação.

2.1.1 Processos de inovação

De acordo com Chesnais (1986) o processo de inovação, baseado no capital humano é um dos principais fatores que determinam as vantagens comparativas das organizações. Neste sentido, Davenport e Prusak (1998) afirmam que o conhecimento empresarial é um dos pilares que sustentam a inovação e a maneira como as organizações gerenciam o seu capital intelectual é de fundamental importância na geração e manutenção do conhecimento empresarial. Todavia, o processo de inovação e transferência de conhecimento não é um processo simples, unidirecional, que ocorre em um determinado tempo. Ao contrário, segundo Mowery e Rosenberg (1989), esse processo é complexo e interativo, pois o fluxo de informações ocorre em duas vias e é idealizado como uma atividade de contínua pesquisa que é formada e estruturada pelas forças econômicas, pelo conhecimento tecnológico e pela demanda dos consumidores por diferentes categorias de produtos e serviços. Em uma economia baseada no conhecimento, a inovação tecnológica passa a incorporar uma parcela muito mais significativa de conhecimento científico e passa a ser um desafio à integração da informação de diferentes fontes em um conhecimento útil para o desenvolvimento, fabricação e comercialização de novos produtos e serviços (KÜPPERS e PYKA, 2002).

Inovação é um processo, não um simples evento, e precisa ser gerida como tal (TIDD; BESSANT e PAVITT, 2005). Diversos estudos e pesquisas (AMABILE, 1996; ALENCAR, 1997; BRUNO-FARIA, 2004; MARINOVA e PHILLIMORE, 2003) concebem a inovação como um processo, cujas características também foram alvo de investigação. Há estudos que vislumbram a inovação como um processo social (CARAYANNIS; GONZALEZ e WETTER, 2003; SUNDBO, 2003), complexo, interativo (CARAYANNIS e GONZALEZ, 2003; TIDD; BESSANT e PAVITT, 2005), fluído, não-linear, ubíquo e dinâmico (HADJIMANOLIS, 2003).

Para Rothwell (1995), o processo inovador tem passado por algumas mudanças, as quais podem ser identificadas por diferentes gerações: a) no período de 1950 até a segunda metade da década de 1960, o modelo dominante de inovação era visto como empurrado pela tecnologia e quanto maior o investimento em P&D, maior o número de inovações; b) durante os anos 60, os processos de inovação começaram a dar maior importância às necessidades do mercado, sendo este visto como uma importante fonte de idéias e de necessidades que deveriam ser captadas pelas atividades de P&D para gerar inovações; c) nos anos 70, foram muitas as evidências sobre a necessidade de uma abordagem balanceada entre o suprimento tecnológico e as necessidades do mercado, surgindo o chamado modelo interativo de inovação entre as necessidades de mercado e as necessidades de P&D; d) atualmente, o processo inovador passa a ser um sistema integrado e em rede, sendo uma ação conjunta e cooperada de diversos atores internos e externos à organização, como empresas, fornecedores, clientes, além de outras instituições de caráter público ou privado.

2.1.1.1 Redes de inovação

Bell e Callon (1994 apud OLEA, 2008) descrevem que em qualquer etapa do processo de inovação deve-se produzir um intercâmbio entre os elementos científicos, tecnológicos e de mercado que interagem nos processos; estes elementos devem conhecer em todo momento o contexto geral em que se desenvolvem, com atributos criadores de valores (ESCORSA e VALLS, 1996 apud OLEA, 2008). Ahmed (2001) reforça que a inovação é um processo complexo, facilmente identificado como sendo de suma importância para o sucesso organizacional, mas ainda difícil de ser gerenciado.

Ao se tornarem um mecanismo para a difusão da inovação por meio da colaboração e interação, as redes de inovação, denominadas de Sistema Nacional de Inovação (SNI), emergem como uma nova forma de organização para a produção do conhecimento, o qual é um dos pilares da inovação. Elas possuem três aspectos importantes (KÜPPERS e PYKA, 2002):

- constituem mecanismos de coordenação que possibilitam e apóiam o conhecimento interempresarial;

- permitem a complementaridade, fundamental para dominar soluções tecnológicas caracterizadas pela complexidade e diversidade de áreas de conhecimento envolvidas;
- constituem um ambiente organizacional ou interorganizacional que abre a possibilidade da exploração de sinergias pela junção de diferentes competências tecnológicas.

As redes podem formar uma resposta para reduzir a incerteza e grau de irreversibilidade do processo de inovação, racionalizando o custo e os riscos do desenvolvimento de um novo campo de conhecimento, aumentando a flexibilidade e reversibilidade dos comprometimentos. Isto é reforçado por autores que analisam o paradigma da organização em rede para a inovação nas aglomerações regionais (COOKE e MORGAN, 1996; ROTHWELL, 1996). Segundo estes autores, a rede seria uma forma mais eficiente de dar conta da complexidade e incerteza presente no processo de inovação.

2.1.1.2 Modelos do processo de inovação

Para as organizações a gestão da inovação se traduz no desenvolvimento de novas tecnologias, na revisão da estrutura organizacional e na transformação de todas estas variáveis em novas oportunidades de mercado em produtos e serviços prósperos (TIDD; BESSANT e PAVITT, 2003).

Compreender e administrar os processos que compõem a gestão da inovação é o desafio das organizações que priorizam o desenvolvimento através da inovação. Estes processos pressupõem o conhecimento da situação que se pretende mudar, dos recursos disponíveis, dificuldades e limitações da operação, alinhamento estratégico das ações com a visão de negócios da organização, até a situação final com a obtenção da inovação (TIDD, 2001).

2.1.1.2.1 *Modelo linear*

A complexidade dos processos abrangidos nas atividades de Ciência, Tecnologia e Inovação levou a propostas de modelos sintéticos de processos que geram a inovação. A partir do fim da 2ª guerra mundial surgiu o processo linear que dominou o pensamento sobre

inovação por cerca de três décadas. Neste modelo, o desenvolvimento, a produção e a comercialização de novas tecnologias são vistos como uma sequência bem definida, que tem início nas atividades de pesquisa, passando pela fase de desenvolvimento do produto e chegando à produção e, eventualmente, à comercialização (OCDE, 1992).

De acordo com Viotti (2001), no modelo linear as inovações obtidas são proporcionais à aplicação de recursos em P&D, entretanto, mostrou-se limitado por apresentar pouca efetividade em aproveitar as oportunidades geradas por avanços nas fronteiras de conhecimento científico transformando-o em inovação. A Figura 2 evidencia o modelo linear de inovação.

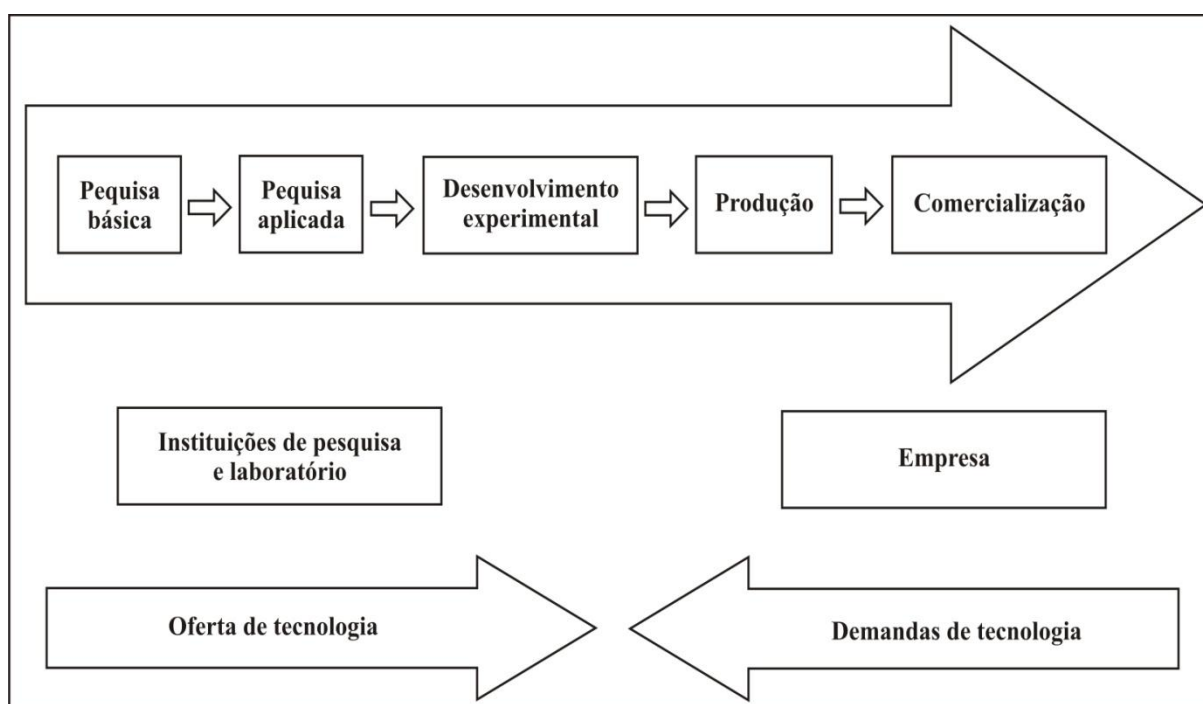


Figura 2 – Modelo linear do processo de inovação

Fonte: Viotti (2001, p. 30).

2.1.1.2.2 Modelo em cadeia

Inovação não é resultado de um processo linear, que segue uma fórmula pronta, iniciado com a pesquisa básica, passando pela pesquisa aplicada e terminando com o desenvolvimento de um novo produto ou processo que é ofertado ao mercado. A inovação deve ser socialmente construída e entendida do começo ao fim, pelos envolvidos ou interessados na geração da inovação, como uma série de interações e trocas entre pesquisadores, usuários, técnicos, cientistas, governo e empresas (KLINE e ROSENBERG, 1986 apud OLEA, 2008; OCDE, 1992). O modelo de inovação em cadeia, foi inicialmente

proposto por Kline e Rosenberg (1986 apud OLEA, 2008), tornando-se o modelo que contrapõe o modelo linear, por obter resultados mais expressivos.

Liberal (2003) afirma que a relação entre empresas e a pesquisa, segundo o modelo em cadeia, pode ocorrer casualmente e pode incidir em diversas etapas do desenvolvimento de um novo processo, produto ou serviço. Frequentemente o avanço tecnológico provoca novas perguntas que são respondidas pelo avanço do conhecimento científico. O sentido da relação não segue obrigatoriamente a pesquisa básica para o desenvolvimento tecnológico, como no modelo linear.

Segundo Furtado e Freitas (2004), as formas de interação entre pesquisa e atividade econômica são múltiplas e o processo de inovação é percebido como sendo interativo e multidirecional, de retroalimentação, possuindo momentos distintos, em que o conhecimento científico é aproveitado pelo sistema econômico.

A Figura 3 evidencia o modelo em cadeia do processo de inovação.

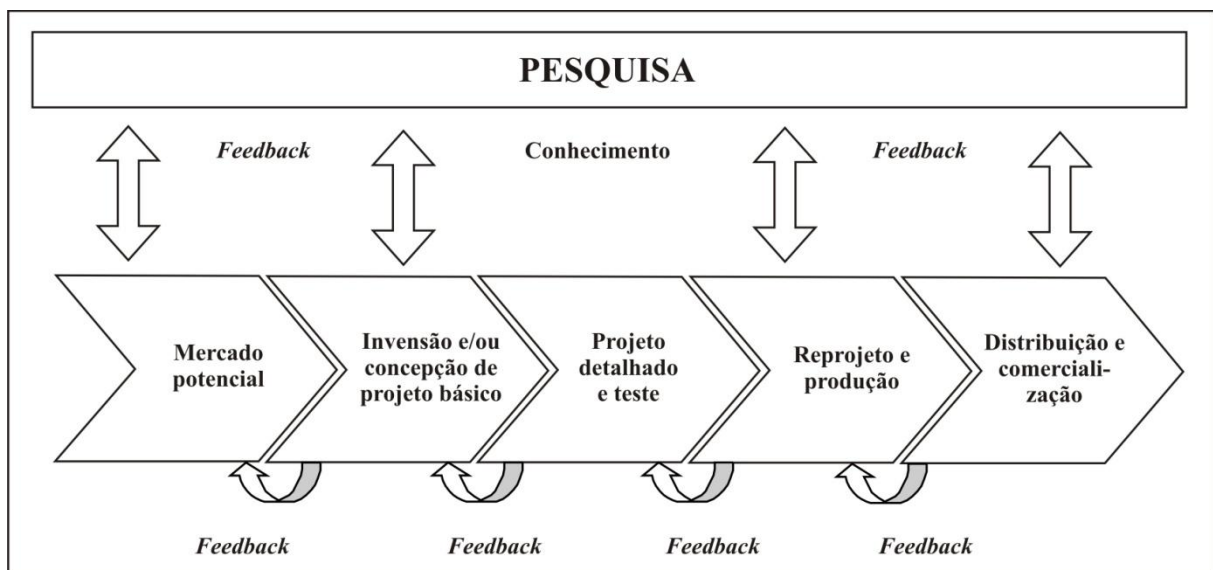


Figura 3 – Modelo em cadeia do processo de inovação

Fonte: Kline e Rosenberg (1986 apud OLEA, 2008).

2.1.1.2.3 Modelo sistêmico

O modelo sistêmico de inovação é caracterizado por uma abrangência mais complexa, ampla e diversificada. Liberal (2003) afirma que surgiu durante a década de 1990, a partir de estudos e debates sobre diferenças no grau de crescimento e produtividade em países desenvolvidos.

Viotti (2003) elucida a concepção de sistema nacional de inovação compreendida nos documentos da OCDE, o qual condiciona o processo de inovação a um grande conjunto de instituições, públicas ou privadas, que incluem, além das empresas e dos centros de pesquisa e ensino, instituições culturais, normativas e o ambiente econômico. Busca também corrigir deficiências da rede de instituições e relações que dão suporte ao processo de inovação, baseando-se em indicadores de fluxos de conhecimento, mapeamentos institucionais e integração com os indicadores econômicos, demonstrado na Figura 4.

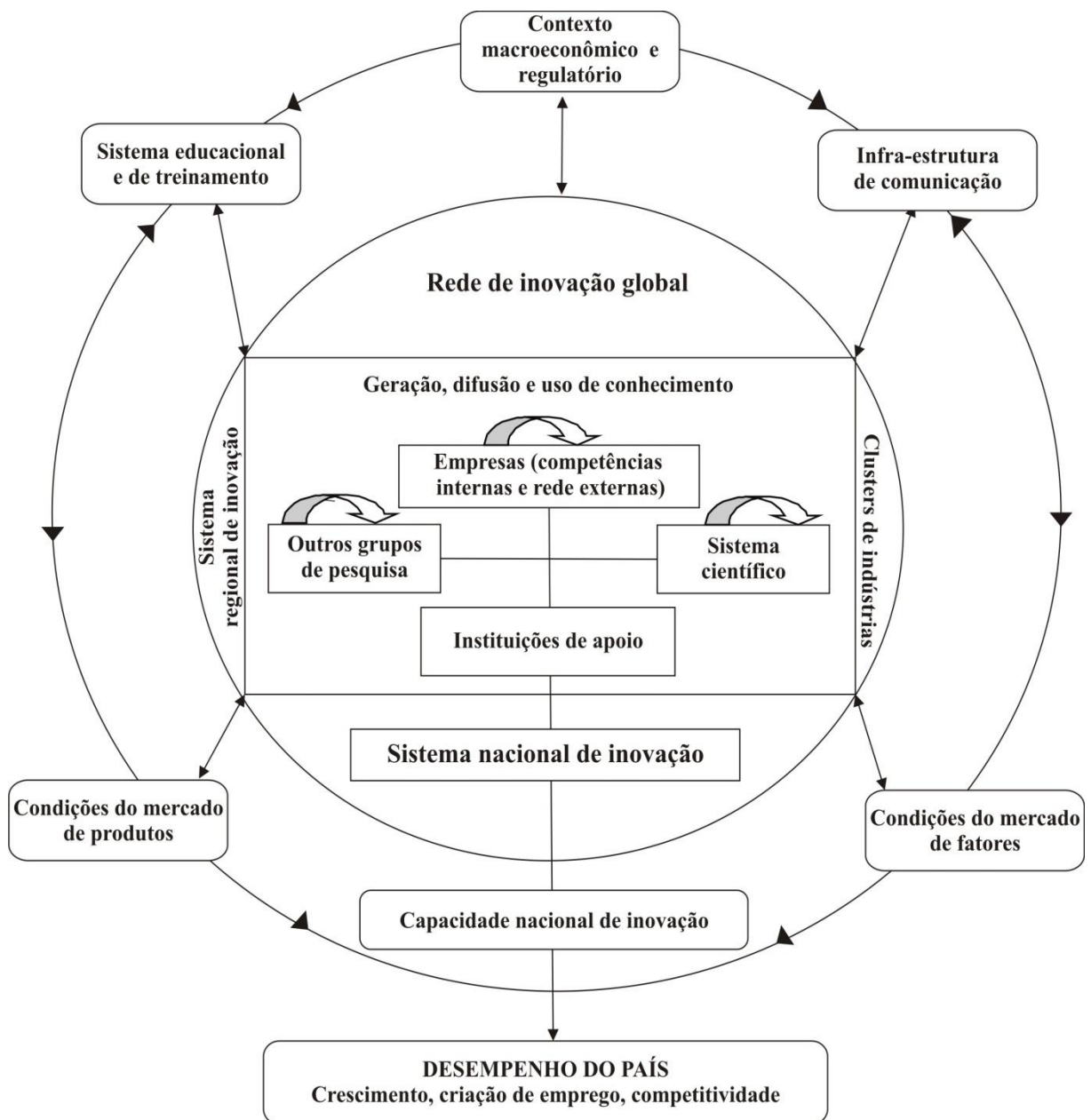


Figura 4 – Modelo sistêmico de inovação

Fonte: OCDE (1999) apud Viotti (2003).

Tidd, Bessant e Pavitt (2005) dizem que o processo de inovação envolve as seguintes etapas:

- prospectar o ambiente (interno e externo) para identificar e processar sinais relevantes sobre ameaças e oportunidades relacionadas à mudança;
- deliberar, com base na visão estratégica da empresa, quais sinais relacionados à mudança serão respondidos;
- obter os recursos que possibilitem a resposta (seja criando algo novo através de pesquisa e desenvolvimento, seja adquirindo algo externo através de transferência de tecnologia);
- implementar o projeto (desenvolver a tecnologia e o mercado interno ou externo) para responder efetivamente;
- implementar práticas de aprendizado que permitam a recuperação de conhecimentos úteis, de processos anteriores, levando a uma melhoria contínua e inovações.

2.2 DIMENSÕES DA INOVAÇÃO

A multidisciplinariedade da inovação gera a multiplicidade de conceitos formulados, causando a sobreposição dos mesmos (CARAYANNIS E GONZALES, 2003). Segundo Tidd, Bessant e Pavitt (2005) as inovações são caracterizadas sob duas dimensões: o que é mudado e a extensão da mudança. Estudos de LBIO – *LITERATURE-BASED INNOVATION OUTPUT INDICATORS* descritos no Manual de Oslo (2005) também utilizam o termo dimensão para classificar as inovações.

O presente trabalho utiliza o termo “dimensões” para classificar as inovações quanto ao tipo (produto, processo, *marketing* e organizacional), quanto a extensão da mudança (radical ou incremental) e quanto ao grau de novidade (novo para organização, para o mercado ou para o mundo).

2.2.1 Tipos de inovação

A partir das primeiras definições de Schumpeter (1934 e 1961) referente aos tipos de inovação, vários autores propuseram tipos de inovação, bem como denominações para as mesmas.

Para Sánchez (1992 apud OLEA, 2008), os processos de inovação na organização podem tomar as seguintes formas: melhoria de produto, expansão da linha de produto, melhoria nos processos, desenvolvimento de novos produtos, desenvolvimento de novos processos e novos usos para produtos já existentes. Morcillo (1991 apud OLEA, 2008) identifica três modalidades básicas de inovação: inovação de produto, inovação em métodos de gestão e inovação de processo. Incidem sobre a primeira os imperativos competitivos, sobre a segunda modalidade influi de forma decisiva o estilo de gestão da empresa e sobre a terceira, os recursos de que a empresa dispõe.

A inovação é vista como um processo de mudança, na qual produtos ou processos novos ou significativamente melhorados substituem os até então existentes. Classificam-se em quatro categorias (TIDD; BESSANT e PAVITT, 2005; BESSANT e PAVITT, 2007), descritas a seguir:

- inovação de produtos (bem ou serviços): são mudanças de um produto ou serviço oferecido pela organização;
- inovação de processos: são as mudanças no modo através dos quais os produtos ou serviços são criados e distribuídos;
- inovação de gestão: mudanças nos modelos mentais subjacentes que moldam o que a organização faz;
- inovação de mercado: mudanças no contexto que os produtos ou serviços são introduzidos no mercado.

Estas categorias também são validadas no Manual de Oslo (2005)¹, classificando as inovações em quatro tipos: produto, processo, *marketing* e organizacional. As definições para

¹ O Manual de Oslo (2005) é o instrumento que tem por objetivo orientar e padronizar conceitos e metodologia para coleta e interpretação de dados sobre inovação. Faz parte de uma série de publicações da Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento – OECD, uma instituição intergovernamental composta por 30 países.

cada um dos tipos de inovação, segundo o Manual de Oslo, estão relacionadas a seguir.

2.2.1.1 Inovação de produto

Para Porter (1986), a inovação de produto é uma importante fonte de mudança, que possibilita à organização a ampliação do mercado promovendo o crescimento ou a vantagem competitiva.

Segundo Marques e Myers (1969 apud KRUCZMARSKI, 1996), o primeiro passo para inovação de produto é a concepção da idéia. Decorre da interação entre diversos parceiros heterogêneos que juntos formam uma rede de inovação (HASEGAWA E FURTADO, 2001). É o resultado de novos produtos ou consideravelmente melhorados, onde a inovação em nível de produto pode ser subdividida em *Kaizen* (melhoria contínua), *Leaping* (produção de um novo produto a partir de produtos antigos) e *Big Bang* (produção de um novo produto que corta radicalmente o processo anterior) (HIGGINS, 1995).

Conforme o Manual de Oslo (2005), a inovação de produto acontece a partir da introdução de um produto (bem ou serviço) novo ou significativamente melhorado no que diz respeito às suas características, ou usos previstos dos produtos previamente produzidos pela empresa.

Como melhoramento significativo pode-se citar mudança de materiais, componentes ou outras características que aprimoram o desempenho. Já o novo uso acontece através da modificação nas especificações técnicas de um produto anteriormente produzido pela empresa.

No segmento de serviços, a inovação de produtos pode compreender melhoramentos importantes na forma de como eles são oferecidos, nas características ou na adição de novas funções em serviços existentes, ou, ainda, na inserção de serviços inteiramente novos.

No mesmo sentido, a PINTEC (2005) define que as características fundamentais da inovação de produto são as especificações técnicas, usos pretendidos ou outros componentes incorporados, diferindo significativamente de todos os outros produtos anteriormente produzidos pela empresa. Não são consideradas inovações de produto a mudança permanente no *desing* do produto e a comercialização de produtos novos integralmente desenvolvidos por outras empresas.

2.2.1.2 Inovação de processo

Segundo Uchupalanan (2000), a inovação de processo varia sistematicamente de acordo com as estratégias competitivas e de crescimento da organização. Está centrada na melhoria da eficiência e da eficácia do processo produtivo (HIGGINS, 1995).

O Manual de Oslo (2005) define como inovação de processo a implementação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado, visando à redução de custos de produção ou distribuição e à melhoria da qualidade. Como mudanças significativas de métodos de produção incluem-se as técnicas, equipamentos e/ou *softwares* utilizados para produção de bens e serviços. As mudanças no método de distribuição referem-se à logística da empresa e seus equipamentos, aos *softwares* e técnicas para fornecer insumos, à alocação de suprimentos, ou à entrega de produtos para os clientes.

Seguindo o mesmo conceito, a PINTEC (2005) refere-se à inovação de processo como a implementação de novos processos tecnológicos de produção ou de métodos ou significativamente melhorado. Não se pode considerar como inovação de processo as pequenas mudanças no processo produtivo, as exclusivamente administrativas ou organizacionais e a criação de redes de distribuição.

O Manual de Oslo (2005) e PINTEC (2005) denominam a inovação de produto e processo tecnológicos (PPT) como a implementação de produtos e processos tecnologicamente novos ou significativamente melhorados. Uma inovação PPT envolve uma série de atividades tecnológicas, científicas, financeiras, comerciais e organizacionais, sendo considerada implantada se tiver sido introduzida no mercado ou utilizada no processo de produção.

2.2.1.3 Inovação de *marketing*

Para Higgins (1995), a inovação de *marketing* é o que gera a melhoria significativa em alguns dos elementos do *marketing*: produto, preço, promoção, distribuição e mercado. Pode basear-se na diferenciação (produto, promoção, distribuição e mercado) ou nos custos (preço).

Toda alteração ou adaptação das estratégias de *marketing* pode ser considerada uma inovação de *marketing*, entretanto é necessária a implementação de um novo método de

marketing que ocorre através de mudanças significativas na concepção do produto ou da sua embalagem, no posicionamento do produto, em sua promoção ou na definição de preços. Tem como objetivo a abertura de novos mercados, o atendimento das necessidades dos consumidores, ou o reposicionamento do produto, buscando o aumento nas vendas (MANUAL DE OSLO, 2005).

O novo método de *marketing* pode ser implementado para produtos novos ou já existentes, podendo ser desenvolvido pela empresa inovadora ou adotado de outra empresa ou organização. A concepção do produto ou da embalagem refere-se à forma e à aparência do mesmo, sem alterar a característica funcional ou de uso.

2.2.1.4 Inovação organizacional

A inovação organizacional resulta em melhorias significativas na gestão da organização. É fundamental para as empresas que quiserem acompanhar os desafios estratégicos (HIGGINS, 1995).

Segundo Franco (2001 apud YAMAUCHI, 2003), para melhorar a processo produtivo e reduzir custos é preciso incorporar novas tecnologias aos processos, sendo necessária a mudança cultural, isto é, a inovação organizacional.

No Manual de Oslo (2005, p. 61), a inovação organizacional ocorre através da “implementação de um novo método organizacional nas práticas de negócio da empresa, na organização do seu local de trabalho ou em suas relações externas”, desde que não tenha sido utilizada anteriormente pela empresa e que seja resultado de decisões estratégicas.

Como implementação de um novo método organizacional nas práticas de negócios entende-se a implementação de rotinas e procedimentos à condução do trabalho, tais como novas práticas para melhorar o compartilhamento do aprendizado e do conhecimento da empresa e a introdução de sistemas de gerenciamento de negócios e da qualidade. As inovações na organização do local de trabalho envolvem a implantação de métodos de distribuição de responsabilidades e autoridades entre os colaboradores, novos conceitos de estruturação de atividades. Já a implementação de um novo método organizacional nas suas relações externas compreende a implementação de novos meios de organizar as relações com outras organizações.

O presente trabalho utiliza, para os quatro tipos de inovações, as denominações definidas pelo Manual de Oslo, ou seja, inovação de produto, processo, *marketing* e organizacional.

2.2.2 Extensão da inovação

A inovação pode ser caracterizada como incremental ou radical. Schumpeter (1961) diz que as inovações “radicais” geram rupturas mais intensas, enquanto inovações “incrementais” dão continuidade ao processo de mudança.

As inovações são caracterizadas sob duas dimensões: o que é mudado e a extensão percebida da mudança. A primeira dimensão do objeto do processo de inovação refere-se à inovação de produto, de processo, de *marketing* e organizacional; a segunda dimensão está relacionada à extensão da novidade envolvida, inovação radical ou incremental (TIDD; BESSANT e PAVITT, 2005). Como afirma Lundvall (1992 apud OLEA, 2008), as inovações resultam em rupturas radicais com o passado, tornando obsoleta boa parte do conhecimento acumulado e incrementais onde compreendem pequenos aperfeiçoamentos. Essa distinção é relevante para o gerenciamento do processo de inovação e das mudanças acarretadas.

Damanpour (1991) afirma que a diferença entre a inovação radical e incremental refere-se à intensidade e à extensão da mudança causada para o alcance da inovação. A inovação radical é aquela em que as mudanças serão maiores e mais extensas se comparada com o estágio inicial. A inovação incremental ocorre quando há mudanças a partir do incremento gradativo de inovações sequenciais.

Para o Manual de Oslo (2005, p. 56):

Algumas empresas inserem-se em projetos de inovação bem definidos, como o desenvolvimento e a introdução de um novo produto, enquanto outras realizam primordialmente melhoramentos contínuos em seus produtos, processos e operações. Empresas de ambos os tipos podem ser inovadoras: uma inovação pode consistir na implementação de uma única mudança significativa, ou em uma série de pequenas mudanças incrementais que podem, juntas, constituir uma mudança significativa.

A Figura 5 evidencia a extensão da inovação, observando o tipo de inovação, produto, processo, *marketing* e organizacional.

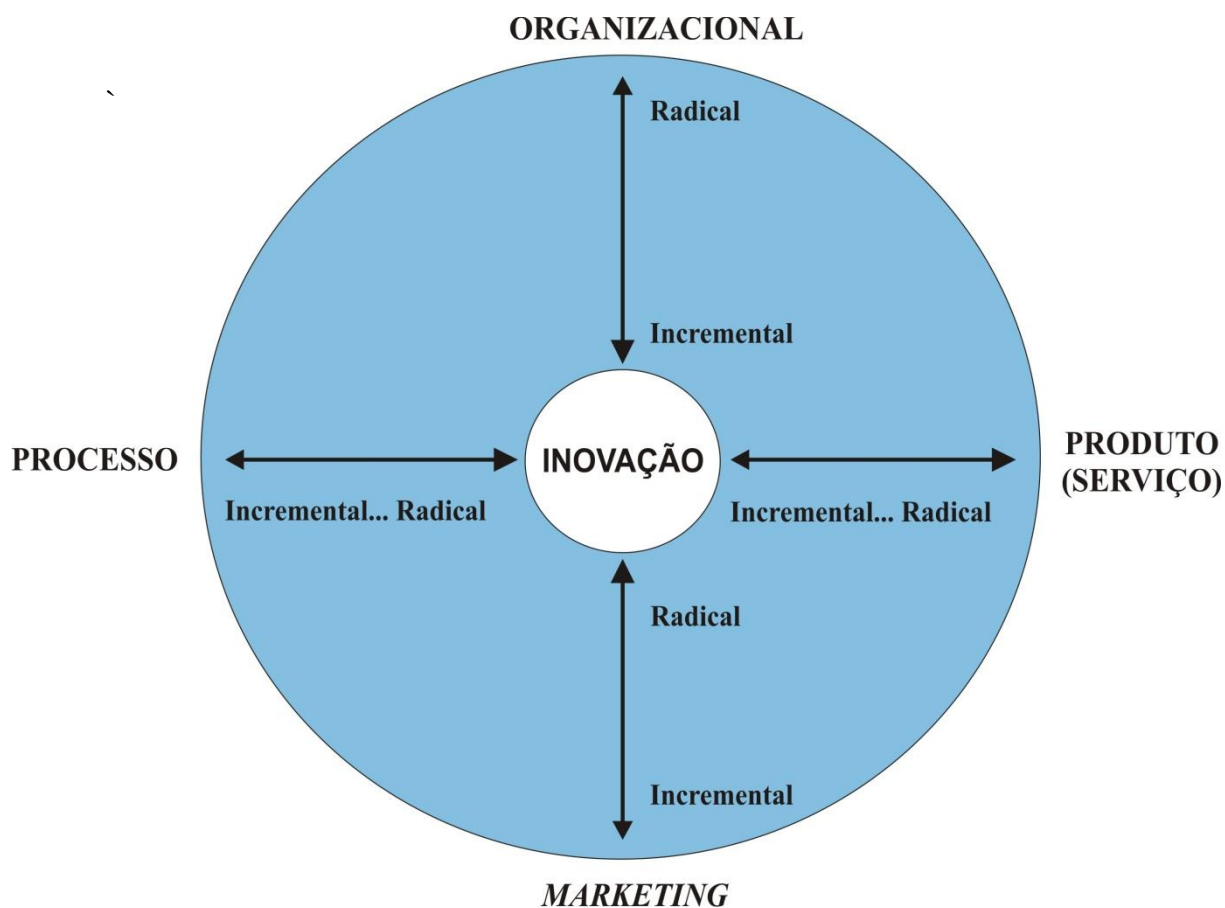


Figura 5 – Espaço da inovação

Fonte: Adaptado de Tidd, Bessant e Pavitt (2005).

2.2.2.1 Inovações radicais

Segundo Lemos (2000), inovação radical é a introdução de um novo produto, processo ou forma de organização inteiramente nova, podendo representar uma ruptura com o padrão tecnológico anterior, originando novas indústrias, setores ou mercados.

A inovação radical, normalmente suportada por uma estrutura formal e profissional de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), é cercada de riscos e alto grau de incerteza na criação de novas tecnologias e mercados. É um projeto que tem o potencial de trazer algo novo ao mercado, mudar de 5 a 10 vezes o desempenho de performance conhecida, reduzir de 30 a 50% os custos envolvidos (O'CONNOR; HENDRICKS e RICE, 2002).

Para Leifer (2003), a inovação radical tem o poder de transformar o relacionamento entre clientes e fornecedores, reestruturando a economia do negócio, substituindo produtos

obsoletos e atuais e frequentemente cria uma nova categoria de produtos e uma plataforma para o crescimento de longo prazo.

O Manual de Oslo (2005, p. 70) define a inovação radical ou disruptiva como aquela que “causa um impacto significativo em um mercado e na atividade econômica das empresas nesse mercado”. Este impacto pode, por exemplo, mudar a estrutura do mercado, criar novos mercados ou tornar produtos existentes obsoletos.

2.2.2.2 Inovações incrementais

Lemos (2000) afirma que inovação incremental é a introdução de qualquer tipo de melhoria em um produto, processo ou organização da produção dentro de uma empresa, sem alteração na estrutura industrial.

Sobre o papel incremental das inovações, Schumpeter (1961) diz que as novas combinações são extraídas de composições antigas, o que significa o emprego diferente dos suprimentos de meios produtivos já existentes no sistema econômico.

Para Leifer (2003), a inovação incremental atua na melhoria contínua de produtos, ocorrendo melhoria na eficiência das operações e processos e redução de custos e perdas. Processos de inovação incremental não são necessariamente suportados por atividades de Pesquisa e Desenvolvimento – P&D.

2.2.3 Grau de novidade da inovação

Por definição, todas as inovações devem contar algum grau de novidade. Segundo o Manual de Oslo (2005), existem três conceitos para a novidade das inovações: nova para a empresa, nova para o mercado e nova para o mundo.

Para se considerar uma inovação, o requisito mínimo é que a mudança introduzida seja nova para a empresa. Um método de produção, processamento e *marketing* ou um método organizacional sendo novo para a empresa, mesmo que já tenha sido implementado por outras, trata-se de uma inovação para esta.

Considera-se como inovação para o mercado quando a empresa é a primeira a introduzir a inovação no seu mercado, sendo este definido como a empresa e seus concorrentes e podendo incluir uma região geográfica ou uma linha de produtos. Portanto a região geográfica para o que é novo para o mercado está sujeita à própria visão da empresa sobre seu mercado de atuação, podendo incluir empresas nacionais ou internacionais.

Quando a empresa é a primeira a introduzir a inovação em todos os mercados, nacional e internacional, então esta inovação é considerada nova para o mundo. Portanto, uma inovação nova para o mundo requer em um grau de novidade qualitativamente maior do que a inovação nova somente para o mercado.

2.3 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

O primeiro autor a influenciar as teorias da inovação foi Shumpeter, dando a elas um lugar de destaque no contexto econômico. A partir de então vários outros autores se dedicaram ao assunto, surgindo na bibliografia uma variedade de conceitos que ocasionou a sobreposição dos mesmos, causando dificuldade nas suas interpretações. É unanimidade entre os autores pesquisados que, para ocorrer uma inovação, é necessário que o mercado aceite o novo produto, pois, caso contrário trata-se de uma invenção.

As inovações ocorrem através de um processo que inicialmente era visto como uma sequência bem definida, que começava com a pesquisa, passava pelo desenvolvimento e se concluía com a colocação do produto no mercado. Atualmente entende-se necessário que a organização, primeiramente, conheça o seu ambiente interno e externo para identificar os sinais que serão respondidos, devendo ser este um processo socialmente construído, interativo, multidirecional e de retroalimentação entendido do começo ao fim pelos envolvidos, buscando a recuperação e utilização de conhecimentos úteis decorrentes de processos anteriores, levando à melhoria contínua.

Para classificar as inovações verificou-se, através do estudo da bibliografia que existe, um conflito na literatura entre os conceitos, ocorrendo a sobreposição. Visando atender aos objetivos desta pesquisa, para classificar as inovações identificadas será utilizada de forma geral a denominação “dimensão” e esta, subdividida em três categorias, que por sua vez são divididas em subcategorias. O critério utilizado para a escolha das denominações foi pela

frequência que as mesmas foram explicitadas durante o estudo. As denominações utilizadas estão elencadas no Quadro 1.

Dimensões da inovação	Tipo	Produto Processo <i>Marketing</i> Organizacional
	Extensão	Radical Incremental
	Grau de novidade	Organização Mercado Mundo

Quadro 1 – Dimensões da inovação

Fonte: Elaboração própria, baseado no Manual de Oslo (2005).

3 METODOLOGIA

A metodologia é uma preocupação instrumental, estabelece os procedimentos lógicos que serão utilizados no processo de investigação científica dos fatos da natureza e da sociedade (GIL, 2007). Trata das formas de se fazer ciência, define os procedimentos, as ferramentas e os caminhos para se atingir a realidade teórica e prática, sendo esta a finalidade da ciência (DEMO, 1995). Cooper e Schindler (2003) dizem que o estudo da metodologia de pesquisa possibilita habilidades necessárias para resolver problemas e desafios de um ambiente de tomada de decisões. Já a pesquisa é um conjunto de atividades orientadas para buscar um determinado conhecimento e deve ser feita de um modo sistematizado, utilizando-se para isto um método próprio, técnicas específicas, visando um conhecimento adequado à realidade empírica (RÚDIO, 2001). Trata-se de um procedimento intelectual para adquirir conhecimentos pela investigação de uma realidade e busca de novas verdades sobre um determinado fato (FACHIN, 2001).

Partindo do pressuposto empírico de que os hospitais que integram o Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX) inovaram, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa de estudo de casos múltiplos (multicaso e intracaso), de caráter exploratório, a fim de estudar o ambiente organizacional ainda não explorado.

3.1 PESQUISA QUALITATIVA

Roesch (2005) diz que a postura do pesquisador é captar a perspectiva dos entrevistados, sem partir de um modelo preestabelecido e que os estudos de casos são uma estratégia especialmente adequada para dissertações de Mestrado em Administração, porque geralmente as pesquisas são focalizadas em ambientes definidos por uma ou poucas organizações.

Skinner, Tagg e Holloway (2000) comentam que as técnicas qualitativas focam a experiência das pessoas e seu respectivo significado em relação a eventos, processos e

estruturas, inseridos em cenários sociais. Segundo Aaker, Kumar e Day (2004), os métodos qualitativos são menos estruturados e mais intensivos que a aplicação de questionários estruturados, permitindo um maior relacionamento e flexibilidade e, por consequência, atingindo uma maior profundidade e riqueza proveniente dos dados.

Silva, Godoi e Bandeira-de-Mello (2006) destacam a flexibilidade da pesquisa qualitativa, quanto à possibilidade do pesquisador, se necessário, poder voltar a campo e ampliar o número ou aprofundar a conversação com os pesquisados, sem uma preocupação da representatividade estatística. Destacam, também, que o roteiro básico de questões serve como um guia e não como um protocolo estruturado de perguntas, sendo como uma lista de tópicos temáticos que auxiliam no momento das entrevistas.

Malhotra et al. (2005) diz que o resultado de uma pesquisa qualitativa é o entendimento mais profundo de uma realidade, tendo em vista a utilização de pequenas amostras, não representativas, cujos dados não são analisados estatisticamente.

Ainda, segundo o autor, a pesquisa qualitativa é classificada em abordagem direta e indireta. Na primeira, o pesquisador apresenta os objetivos da pesquisa ao entrevistado, sendo esta a forma como as entrevistas individuais em profundidade foram conduzidas neste trabalho.

3.2 ESTUDO DE CASO

Yin (2005) afirma que o estudo de caso é importante quando o objetivo é fazer a investigação de temas complexos sobre uma condição atual, em que os limites entre o contexto e a condição pesquisada não estão claramente definidos. Corresponde a uma investigação empírica e abrangente, sendo necessária uma lógica de planejamento e coleta de análise de dados, podendo ser único ou múltiplo.

Para Hartley (1994), nos estudos organizacionais (comportamento, psicologia, compreensão de processos, mudanças e surgimento de novas organizações) é indicada a utilização de estudo de caso.

Na posição de Lüdke e André (1986), o estudo de caso como metodologia de pesquisa compreende estudo de um caso simples e específico ou complexo e abstrato, precisando ser

bem delimitado, devendo ter interesse único e particular. Geralmente organizado em torno de um pequeno número de questões orientadas pela teoria, permitindo responder a questões como: Que coisas observar? Que dados colher? Que perguntas fazer? Que tipos de categorias construir?

Segundo Gil (2002); Yin (2005), o estudo de caso é geralmente organizado em torno de um pequeno número de questões que se referem ao como e ao porquê da investigação. Sua delimitação não aceita um roteiro rígido, sendo delineado por quatro fases: a) delimitação do caso; b) coleta de dados; c) seleção, análise e interpretação dos dados; d) elaboração do relatório.

A primeira fase compreende a escolha do caso tendo em vista a compreensão do objeto como um todo. A segunda fase é a coleta de dados, havendo uma pluralidade de procedimentos que podem ser utilizados, entre eles a observação, análise de documentos, entrevista formal ou informal, história de vida, aplicação de questionário com perguntas fechadas, levantamentos de dados e análise de conteúdo. A terceira fase compreende a seleção, análise e interpretação dos dados. A seleção destes deve ter como limite os objetivos da investigação e um sistema de referências para avaliar quais serão úteis para a pesquisa, sendo analisados somente eles. A quarta fase é representada pela elaboração dos relatórios parciais e finais.

3.2.1 Escolha do caso

Para Stake (1994 apud ROESCH, 2005), o estudo de caso pode ser único ou múltiplo e a unidade de análise pode ser um ou mais indivíduos, grupos, organizações, eventos, países ou regiões. Nesta pesquisa foi utilizado o estudo de múltiplos casos, em que vários são conduzidos simultaneamente.

Os sete hospitais que integram o Sistema de Saúde de Caxias do Sul – SSCX foram os casos escolhidos para estudo, sendo eles: (i) Hospital do Círculo; (ii) Hospital Fátima; (iii) Hospital Geral; (iv) Hospital Pompéia; (v) Hospital Saúde; (vi) Clínica Paulo Guedes; e (vii) Hospital Unimed.

Participaram da pesquisa seis hospitais, tendo em vista que o Hospital Unimed não se disponibilizou a fazer parte do estudo.

3.3 TÉCNICA DA COLETA DE DADOS

Segundo Gil (2002); Yin (2005), a coleta de dados no estudo de caso é mais complexa porque, diferentemente da maior parte das pesquisas, utiliza mais de uma técnica no processo de coleta de dados, sendo fundamental para garantir a qualidade dos dados obtidos.

Segundo Selltiz et al. (1967 apud GIL, 2002), a pesquisa exploratório compreende, além do levantamento bibliográfico, a utilização de questionários, entrevistas e observação participante. Segundo Oliveira (1997), a escolha do método e técnica utilizada depende do objetivo da pesquisa, dos recursos financeiros disponíveis, da equipe e elementos no campo da investigação.

Para alcançar os objetivos gerais e específicos da presente pesquisa foram coletados dados primários e secundários. Os secundários são originários da revisão bibliografia, bancos de dados oficiais e outras informações constantes em periódicos, artigos, teses e estudos sobre o tema pesquisado e sobre o Sistema de Saúde, obtendo uma base conceitual para consolidar o referencial teórico utilizado (KÖCHE, 2004).

Os dados primários provêm das entrevistas individuais em profundidade realizadas com os gestores dos seis hospitais participantes. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, considerando o perfil dos entrevistados e sua disponibilidade de tempo, procurando não extrapolar uma hora de entrevista, tempo este sugerido por Wolcott (1994) como ideal no aproveitamento e consistência dos dados verbalizados.

3.3.1 Entrevista em profundidade

A entrevista individual em profundidade é a técnica fundamental da pesquisa qualitativa e tem como propósito descobrir as questões implícitas, onde o respondente é induzido a comentar sobre suas crenças, atitudes e informações subjacentes ao tema em estudo (MALHOTRA et al. 2005). O método de entrevistas individuais é onde o entrevistador fica em frente ao entrevistado, tendo a oportunidade de explorar em profundidade um determinado problema de pesquisa, sendo este o mais adequado para os objetivos propostos nesta pesquisa.

Segundo Boni e Quaresma (2005), as entrevistas semiestruturadas podem contar com perguntas abertas e fechadas, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas chamado de roteiro de entrevista, podendo fazer tantas outras perguntas que entender convenientes para a elucidação da questão. As questões abertas evitam a influência do pesquisador sobre as respostas e permitem ao mesmo entender e captar as perspectivas dos participantes da pesquisa, não havendo uma categoria de questões previamente selecionadas.

Os entrevistados foram escolhidos dentre os gestores de cada um dos seis hospitais que integram o SSCX, de forma que pudessem fornecer informações úteis para atender aos objetivos da pesquisa.

O período pesquisado ficou compreendido entre o ano de 2005 até a data da realização de cada uma das entrevistas, de acordo com o que determina o Manual de Oslo (2005).

O instrumento de pesquisa, a seguir explicitado, foi elaborado de forma semiestruturada com perguntas abertas, tendo sido pré-validado por especialistas.

1) O Hospital introduziu no mercado alguma inovação a partir de 2005 até a presente data?

1.1) Inovação de produto (bem e serviço)

1.2) Inovação de processo

1.3) Inovação de *marketing*

1.4) Inovação organizacional

2) Por que ocorreram estas inovações (motivadores)?

3) Como estas inovações ocorreram (P&D, aquisição de tecnologia)?

4) Onde estas inovações ocorreram (setor da organização)?

5) Estas inovações são novas ou significativamente melhoradas (radical ou incremental)?

6) Estas inovações são novas para organização ou para o mercado?

3.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Após a coleta dos dados, a etapa seguinte consiste na análise e interpretação do que foi levantado. Esta etapa é um processo delicado nas pesquisas que utilizam o estudo de caso, tendo em vista que o procedimento coleta dados variados, podendo envolver diferentes modelos (GIL, 2008).

Ao encerrar a coleta de dados, na pesquisa qualitativa, o pesquisador se depara com uma quantidade considerável de dados, por não apresentar uma categorização prévia de alternativas para as respostas, tendo em vista o objetivo de entender e capturar as perspectivas dos respondentes. Estes se materializam em forma de textos, os quais precisam ser organizados e interpretados, tendo como propósito contar a frequência de um fenômeno e procurar identificar a relação entre eles. O conjunto destas técnicas denomina-se análise de conteúdo (ROESCH, 2005).

3.4.1 Análise de conteúdo

Na entrevista o pesquisador pode captar o nível de emoção dos respondentes, suas perspectivas e percepções sobre o que está sendo pesquisado. As informações colhidas são apresentadas em forma de texto e sua análise é conduzida pelo método denominado de análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (2004), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações obtidas visando, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, à descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimento. Este método utiliza uma série de procedimentos para apurar as interferências válidas, busca classificar palavras, frases, ou mesmo parágrafos em categoria de conteúdo, criando indicadores quantitativos ou não. A partir dos indicadores apurados podem-se utilizar métodos estatísticos como análise fatorial, regressão múltipla e análise discriminante (WEBER, 1990; ROESCH, 2005).

Segundo Caragnato e Mutti (2006) a técnica de Análise de Conteúdo, se compõe de três grandes etapas: a) a pré-análise; b) a exploração do material; c) o tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa é a fase de organização, que pode utilizar vários

procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda, os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

Segundo Laville e Dionne (1999), a análise de conteúdo é um método que se propõe a identificar e compreender o conteúdo, de forma flexível, para posteriormente reconstruí-lo, a fim de melhor fazer sua interpretação. Pode ser implementado através de recortes do texto que permitirão a escolha das categorias adequadas, com a finalidade de obter os resultados do estudo. O autor identifica que o pesquisador poderá definir o modelo de categoria de análise:

- a) modelo aberto: sem prévia fixação das categorias;
- b) modelo fechado: são fixadas previamente as categorias de acordo com o referencial teórico;
- c) modelo misto: utiliza-se dos dois modelos, categorias previamente fixadas, mas com flexibilização a partir da análise das entrevistas.

Para análise dos dados coletados foi utilizada como ferramenta a análise de conteúdo, sem a prévia fixação das categorias de análise. Para ordenar os dados, foi empregada a estatística descritiva.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O presente capítulo contempla a descrição do contexto histórico dos hospitais participantes, sua caracterização, o perfil de cada um dos entrevistados e a operacionalização das entrevistas em profundidade, bem como a análise e interpretação das mesmas.

Compõem a unidade de análise desta pesquisa os sete hospitais que integram o SSCX (CNES, 2008), dos quais seis foram o objeto de estudo, tendo em vista a falta de interesse do Hospital Unimed em participar.

Para o levantamento das informações foram entrevistadas seis pessoas-chave, que ocupam cargos de gestão nos hospitais estudados, levando em consideração o grau de envolvimento com as questões relativas aos objetivos da pesquisa.

4.1 CONTEXTO HISTÓRICO DOS HOSPITAIS PARTICIPANTES

Por meio de um levantamento histórico, buscou-se conhecer a origem, a evolução e a realidade atual de cada um dos hospitais analisados nesta pesquisa. A seguir apresenta-se, primeiramente, a análise individual dos hospitais estudados e em seguida a caracterização conjunta dos seis participantes do estudo.

4.1.1 Hospital do Círculo

O primeiro Círculo Operário do Brasil foi criado em 15 de março de 1932, na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul. A tarefa de tornar o movimento circulista uma realidade para o operariado gaúcho e brasileiro coube ao Padre Jesuíta Leopoldo Brentano. A partir de seu trabalho inicial, ocorreu a expansão dos Círculos Operários por todo o Rio Grande do Sul e posteriormente para outros estados do Brasil.

Adepto da idéia da fundação de um Círculo Operário em Caxias do Sul, o Padre Orestes Valeta, em meados de 1934, formalizou um convite ao Padre Brentano para visitar a cidade. Assim, em 23 de junho de 1934, juntamente com o Padre Brentano, Padre Valeta promoveu uma reunião contando com a participação de onze trabalhadores, o que fez com que a idéia de fundar um Círculo local começasse a se concretizar.

Em 31 de outubro de 1934, no décimo encontro do grupo, o qual já contava então com 34 pessoas, foi fundado o Círculo Operário Caxiense, dando início oficial a atividades que, conforme o primeiro estatuto social, compreendiam:

[...] coordenar a atividade de seus associados dentro de uma organização forte e perfeita para os seguintes fins:

§ 1º – Prestar-lhes todo o gênero de benefícios e defesa, a saber: Cultura intelectual, moral, social e física, pela fundação, respectivamente adesão de escolas, pela realização de conferências e pela imprensa sã, clubes de esportes, etc. Proteção social por assistência caridosa eficiente nas oficinas, escolas e lares. Auxílio jurídico, médico e material, pelas várias formas de beneficência e mútuo socorro (CIRCULO, 2008)².

A primeira sede social foi estabelecida na então Casa Canônica da Paróquia Santa Teresa, onde atualmente localiza-se a Catedral Diocesana do Município. Após alguns anos, em 1947, a entidade adquiriu sede própria, comprando o prédio do Recreio da Juventude, tradicional clube da cidade, no local em que hoje se localiza a Farmácia Matriz do Círculo.

Em 1966 o Círculo inaugurou o edifício São José Operário, um prédio de 13 andares construído ao lado da sede própria. O prédio passou a abrigar todos os serviços oferecidos aos associados.

Avançando no tempo, já em de setembro de 1995, o Círculo Operário Caxiense inaugurou o Hospital Nossa Senhora Medianeira, atualmente Hospital do Círculo, um prédio com 144 leitos, construído com uma concepção moderna em termos de instituição de saúde, pois caracterizava-se por ser o único Hospital de Caxias do Sul edificado horizontalmente. Desta forma, ficavam facilitados o atendimento e o deslocamento de todas as pessoas dentro do Hospital.

Desde sua fundação o Círculo caracteriza-se por ser uma entidade associativa civil, filantrópica, beneficente, sem fins lucrativos e inspirada na doutrina cristã. Após reforma estatutária ocorrida em 2008, a entidade é atualmente composta por um Conselho de

² CIRCULO. Institucional – Histórico. Disponível em www.circulo-operario.org.br/institucional/historico.asp. Acessado em 10/01/2009.

Administração, mais um Conselho Fiscal, ambos formados por membros voluntários, além de um Assistente Eclesiástico indicado pelo Bispo Diocesano de Caxias do Sul. Atualmente o Círculo Operário Caxiense conta com cerca de 60.000 beneficiários.

Com base nos dados levantados foram elaboradas as Tabelas 2 a 6 buscando caracterizar o Hospital do Círculo quanto ao número de profissionais, de atendimentos e de leitos no período de 2005 a 2007. As informações quanto ao tempo médio de internação e financeiro não foram disponibilizadas pelo Hospital.

O Hospital do Círculo possuía 448 profissionais no ano de 2005, passando a ter 437 em 2007. Na Tabela 2 está demonstrado o nível de formação dos profissionais do Hospital no período de 2005 a 2007.

Tabela 2 – Número de profissionais do Hospital do Círculo no período de 2005 a 2007

Número de profissionais	Ano 2005	Ano 2006	Ano 2007
Nível Superior (excetuando-se médicos)	130	124	128
Nível Técnico	247	248	243
Médicos Contratados	71	64	66
Total	448	436	437

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

No ano de 2005 o Hospital do Círculo realizou 69.323 atendimentos, passando a efetuar nos anos de 2006 e 2007, respectivamente, o total de 73.731 e 74.240 atendimentos. A Tabela 3 demonstra a quantidade de atendimentos, por nível de atenção, nos períodos de 2005 a 2007.

Tabela 3 – Número de atendimentos do Hospital do Círculo no período de 2005 a 2007

Número de atendimentos	Ano 2005	Ano 2006	Ano 2007
Ambulatoriais	3.944	4.288	4.664
Internações	6.595	7.607	7.751
Cirúrgicos	5.047	6.716	8.442
Urgências e Emergências	62.728	66.124	66.489
SADT – Radiologia	53.148	50.614	50.415
SADT – Ressonância	5.518	6.351	6.380
SADT – Tomografia	5.169	6.351	6.377
SADT – Outros	5.683	4.144	5.371
Total	69.323	73.731	74.240

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Em 2005 o Hospital do Círculo possuía um total de 144 leitos, ocorrendo uma redução de 8 leitos no ano de 2006, permanecendo este número inalterado em 2007. A Tabela 4 demonstra a distribuição dos leitos no Hospital, de acordo com a especialidade.

Tabela 4 – Número de leitos do Hospital do Círculo no período de 2005 a 2007

Número de leitos	Ano 2005	Ano 2006	Ano 2007
Cirúrgico	40	40	40
Clínico	40	40	40
Obstétrico	19	19	19
Pediátrico	13	13	13
Outras Especialidades	8	0	0
Total	144	136	136

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O tempo médio de internação nos três anos estudados permaneceu estável, sendo a UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica responsável pelo maior número de dias. A Tabela 5 demonstra o tempo médio de internação por especialidade de atendimento, no período de 2005 a 2007.

Tabela 5 – Tempo médio de internação no Hospital do Círculo no período de 2005 a 2007

Tempo médio de internação (dias)	2005	2006	2007
Cirúrgica	0,33	0,32	0,36
Clínica	4,34	4,19	4,55
Obstétrica	3,76	4,59	3,36
Pediátrica	3,63	3,45	3,52
UTI Adulto	39,33	42,57	37,98
UTI Neonatal e Pediátrico	22,22	18,92	22,33

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital do Círculo atende pacientes através do Sistema Suplementar de Saúde e o Sistema de Desembolso Direto. A Tabela 6 evidencia a participação de cada um dos sistemas na composição do faturamento total do Hospital.

Tabela 6 – Composição do faturamento do Hospital do Círculo no período de 2005 a 2007

Composição do faturamento	2005	2006	2007
Sistema de Saúde Suplementar	93,30%	91,83%	91,56%
Sistema de Desembolso Direto	6,70%	8,17%	8,44%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

4.1.2 Hospital Fátima

A Associação Cultural e Científica Nossa Senhora de Fátima foi fundada no ano de 1956 pelo Dr. Virvi Ramos, com o apoio de familiares e amigos. Esta instituição deu origem a todo o grupo Fátima, incluindo o Hospital Fátima. No ano seguinte ao da fundação da associação, o Hospital iniciou os atendimentos à comunidade.

Buscando resolver o problema de carência de recursos humanos especializados na área da saúde, em 1º de fevereiro de 1958 o Hospital Fátima criou a Escola de Auxiliares de Enfermagem; dois anos depois, em 1960, criou uma Faculdade de Direito, tornando-se a primeira e única sociedade hospitalar brasileira a ter uma Faculdade de Direito. Depois disso, em 1961, criou-se a Faculdade de Medicina, sendo que no ano de 1967 o Fátima transfere os Cursos de Direito e Medicina para contribuir com a constituição da Universidade de Caxias do Sul.

A partir de então, o fundador do Fátima concentrou esforços no processo de especialização do Hospital nas áreas de maternidade e pediatria, e também na construção de um prédio próprio para a Escola de Auxiliares de Enfermagem, consolidando, desta forma, o Hospital como um dos mais conceituados da região. Em 1998 a Escola de Auxiliares de Enfermagem Nossa Senhora de Fátima transformou-se na Escola de Educação Profissional Nossa Senhora de Fátima, que, desde então, ministra os Cursos de Técnico em Enfermagem e de Técnico em Radiologia.

Uma marca importante do Hospital Fátima é o pioneirismo, tendo sido a primeira instituição do interior do Estado do Rio Grande do Sul a realizar transplante renal e a primeira a constituir um serviço de *Home Care* (1998), o qual garante o atendimento ao paciente em sua própria residência, reduzindo a necessidade de deslocamentos e de internações em situações de menor gravidade. Em 2003, o Hospital Fátima conquistou a Certificação de

Acreditação Nacional, conferida pelo Ministério da Saúde, sendo o primeiro Hospital do interior do Rio Grande do Sul a atingir esta marca. Mantendo o pioneirismo, em 2006, o Hospital Fátima conquistou a Acreditação Hospitalar Plena (nível II), tornando-se o primeiro do interior do estado. No ano seguinte, o Hospital Fátima passou a ser o primeiro Hospital do Rio Grande do Sul certificado com a ISO 9001:2000.

Na área de formação profissional, o Hospital Fátima conta atualmente com o Programa de Educação Continuada para o aperfeiçoamento de todos os profissionais que atuam na instituição. Além disso, contribui para a formação médica através do setor de residência médica.

Já na área de atendimento clínico, o Fátima possui o Setor de Pré-Internação de Alta Resolutividade (SPAR), no qual o paciente tem à sua disposição, 24 horas por dia, uma equipe médica capaz de avaliar seu estado de saúde e trabalhar para que sua recuperação seja rápida e eficaz, dispensando, quando possível, a internação hospitalar. O ambulatório atende situações de urgência e emergência em tempo integral, contando com equipe médica permanente e especialistas de apoio para quaisquer exigências.

A tecnologia é outro fator que acompanha os serviços oferecidos pelo Hospital Fátima. A constante aplicação de recursos em equipamentos altamente sofisticados para as áreas cirúrgica, laboratorial, UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), radiologia e diagnóstico por imagem, complementam a segurança nos resultados. O bloco cirúrgico possui tecnologia para a realização de cirurgias minimamente invasivas, utilizada para todos os procedimentos por vídeo. O laboratório de análises clínicas também segue a linha da modernidade, agregando equipamentos capazes de processar 700 amostras hematológicas em até 30 segundos.

As Tabelas 7 a 11 caracterizam o Hospital Fátima quanto ao número de profissionais, de atendimentos, de leitos, tempo médio de internação e financeiro, no período de 2005 a 2007.

No ano de 2005 o Hospital Fátima possuía 391 profissionais, passando a ter 439 em 2007, representando um aumento de 12%. A Tabela 7 evidencia o nível de formação dos profissionais do Hospital.

Tabela 7 – Número de profissionais do Hospital Fátima no período de 2005 a 2007

Número de profissionais	Ano 2005	Ano 2006	Ano 2007
Nível Superior (excetuando-se médicos)	38	44	49
Nível Técnico	148	151	167
Ensino Médio	88	87	109
Ensino Fundamental	75	70	70
Médicos Residentes	6	6	6
Médicos Contratados	36	37	38
Total	391	395	439

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

No ano de 2005 o Hospital Fátima realizou 80.961 atendimentos, passando a realizar nos anos de 2006 e 2007, respectivamente, o total de 121.641 e 128.245, evidenciando um crescimento de 9% de um ano para outro. A Tabela 8 demonstra a quantidade de atendimentos, por nível de atenção, nos períodos de 2005 a 2007.

Tabela 8 – Número de atendimentos do Hospital Fátima no período de 2005 a 2007

Número de atendimentos	Ano 2005	Ano 2006	Ano 2007
Ambulatoriais	36.131	36.538	37.810
Internações	4.421	4.007	4.136
Cirúrgicos	3.144	3.090	3.783
Urgências e Emergências	40.072	42.152	44.501
SADT – Radiologia	33.114	35.854	38.015
Total	116.882	121.641	128.245

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital Fátima possuía em 2005 um total de 100 leitos, mantendo a mesma quantidade nos anos seguintes. A Tabela 9 demonstra a distribuição dos leitos no Hospital de acordo com a especialidade, sendo que não houve nenhuma alteração nos três anos estudados.

Tabela 9 – Número de leitos do Hospital Fátima no período de 2005 a 2007

Número de leitos	Ano 2005	Ano 2006	Ano 2007
Cirúrgico	56	56	56
Clínico			
Obstétrico			
Pediátrico	8	8	8
Outras Especialidades	16	16	16
UTI	11	11	11
Recuperação	9	9	9
Total	100	100	100

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

A Psiquiatria foi a especialidade onde ocorreu a maior variação no tempo médio de internação de 2005 para 2006, sendo que em 2007 o Hospital Fátima deixou de atender esta especialidade. Nas demais o tempo médio de internação permaneceu estável. A Tabela 10 demonstra o tempo médio de internação por especialidade de atendimento, no período de 2005 a 2007.

Tabela 10 – Tempo médio de internação no Hospital Fátima no período de 2005 a 2007

Tempo médio de internação (dias)	Ano 2005	Ano 2006	Ano 2007
Cirúrgica	4,62	5,24	4,69
Clínica	6,14	6,21	5,88
Obstétrica	2,10	2,08	2,02
Pediátrica	4,69	4,94	5,13
Psiquiátrica	8,27	11,01	0

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital Fátima atendeu somente através do Sistema de Saúde Suplementar no período pesquisado, não atendendo através do Sistema Único de Saúde e Sistema de Desembolso Direto, conforme demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11 – Composição do faturamento do Hospital Fátima no período de 2005 a 2007

Composição do faturamento	Ano 2005	Ano 2006	Ano 2007
Sistema de Saúde Suplementar	100%	100%	100%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

4.1.3 Hospital Geral

Tendo o início de seu funcionamento em 19 de março de 1998, o Hospital Geral foi oficialmente constituído por meio do convênio nº 334/97, celebrado entre o Estado do Rio Grande do Sul e a Fundação Universidade de Caxias do Sul (FUCS). Através deste, ficou definido que o Estado, por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde, delegava à FUCS a gestão do Hospital Geral de Caxias do Sul. O Hospital foi construído entre os anos de 1989 e 1996, sendo que nos dois anos seguintes, 1997 e 1998, foi equipado com recursos financeiros repassados pelo Estado à Fundação.

Na vigência do convênio, a FUCS garante, no Hospital Geral, atendimento universal e gratuito aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizando desde pronto atendimento ambulatorial de urgência até os serviços auxiliares de diagnóstico. Já no Ambulatório Central da UCS, os usuários têm à disposição consultas médicas nas áreas de atendimento básico e de especialidades.

Atualmente estão em funcionamento no Hospital Geral os serviços de obstetrícia, neonatologia, pediatria, clínica médica, cirurgia e pronto socorro, bem como os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento: oncologia, radiologia, ecografia, tomografia, momografia, recreação infantil, anatomia patológica, entre outros.

As Tabelas 12 a 16 caracterizam o Hospital Geral quanto ao número de profissionais, de leitos, tempo médio de internação e financeiro, no período de 2005 a 2007.

O Hospital Geral possuía 894 profissionais, no ano de 2005, sendo 45 destes Médicos Residentes, passando a ter 861 profissionais em 2007, dos quais 46 são Médicos Residentes. Com as informações levantadas não foi possível identificar o nível de formação dos demais profissionais, conforme demonstrado na Tabela 12.

Tabela 12 – Número de profissionais do Hospital Geral no período de 2005 a 2007

Número de profissionais	2005	2006	2007
Geral	849	838	815
Médicos Residentes	45	42	46
Total	894	880	861

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

No ano de 2005 o Hospital Geral realizou 80.961 atendimentos, passando a realizar nos anos de 2006 e 2007 o total de 85.742 e 88.219, evidenciando um crescimento de 9% no período de 2005 para 2007. A Tabela 13 demonstra a quantidade de atendimentos, por nível de atenção, nos períodos de 2005 a 2007.

Tabela 13 – Número de atendimentos do Hospital Geral no período de 2005 a 2007

Número de atendimentos	2005	2006	2007
Ambulatoriais	11.304	11.051	11.188
Internações	11.553	12.444	12.973
Cirúrgicos	7.217	7.515	7.388
Urgências e Emergências	7.949	7.894	8.262
SADT – Radiologia	25.214	28.532	28.987
SADT – Tomografia	2.872	1.189	2.403
SADT – Outros	14.852	17.117	17.018
Total	80.961	85.742	88.219

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital Geral possuía em 2005 um total de 240 leitos, reduzindo para 235 em 2006, permanecendo este número inalterado em 2007. A Tabela 14 demonstra a distribuição dos leitos no Hospital de acordo com a especialidade.

Tabela 14 – Número de leitos do Hospital Geral no período de 2005 a 2007

Número de leitos	2005	2006	2007
Cirúrgicos	31	31	31
Clínicos	83	83	83
Obstétricos	25	25	25
Pediátricos	51	35	35
Psiquiátricos	07	07	07
Outras Especialidades	43	54	54
Total	240	235	235

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

A Tabela 15 demonstra o tempo médio de internação por especialidade de atendimento. Através da análise dos dados percebe-se que, com exceção da pediatria, nas demais especialidades houve uma redução significativa no tempo médio de internação do ano de 2005 para 2007.

Tabela 15 – Tempo médio de internação no Hospital Geral no período de 2005 a 2007

Tempo médio de internação (dias)	2005	2006	2007
Cirúrgica	5,17	4,38	4,67
Clínica	7,39	5,09	4,87
Obstétrica	3,04	2,69	2,91
Pediátrica	4,00	4,48	4,43
Psiquiátrica	27,57	30,03	20,87
Outras Especialidades	8,48	4,83	5,60

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital Geral atende somente o Sistema Único de Saúde, não atendendo ao Sistema de Saúde Suplementar e Sistema de Desembolso Direto, conforme demonstrado na Tabela 16.

Tabela 16 – Composição do faturamento do Hospital Geral no período de 2005 a 2007

Composição do faturamento	2005	2006	2007
Sistema Único de Saúde	100%	100%	100%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

4.1.4 Hospital Pompéia

Por meio do trabalho comunitário liderado por senhoras da sociedade caxiense, que constituem o Pio Sodalício das Damas de Caridade, no dia 24 de junho de 1920 é fundado o Hospital Nossa Senhora de Pompéia, com a missão de atender aos necessitados na época denominados carentes ou indigentes. Em 25 de dezembro de 1940 foi inaugurado o novo prédio, onde atualmente é o bloco central do Hospital.

O Hospital Pompéia é uma associação civil sem fins lucrativos. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, por força da lei o Hospital Pompéia passou a destinar 60% da capacidade instalada ao atendimento dos pacientes do SUS. Hoje é considerado um Hospital de grande porte, atendendo alta complexidade cirúrgica.

Foi reconhecido em novembro de 2007, pelo Ministério da Educação e Cultura e pelo Ministério da Saúde, como Hospital de Ensino, formando médicos nas áreas de cirurgia geral, clínica médica, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia e nefrologia. Além disso, a partir de 2008, iniciou atividades em pesquisa.

As Tabelas 17 a 21 caracterizam o Hospital Pompéia quanto ao número de profissionais, de leitos, tempo médio de internação e financeiro, no período de 2005 a 2007.

O Hospital Pompéia teve um aumento de 15% no número total de profissionais, passando de 862 em 2005, para 995 em 2007. Na Tabela 17 pode ser observado o nível de formação dos profissionais do Hospital.

Tabela 17 – Número de profissionais do Hospital Pompéia no período de 2005 a 2007

Número de profissionais	2005	2006	2007
Nível Superior (excetuando-se médicos)	170	188	226
Nível Técnico	258	309	265
Ensino Médio	227	213	211
Ensino Fundamental	172	162	149
Médicos Residentes	25	26	28
Médicos Contratados	10	12	16
Total	862	910	995

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

No ano de 2005 o Hospital Pompéia realizou 153.415 atendimentos, passando a realizar nos anos de 2006 e 2007 o total de 215.683 e 238.448, evidenciando um crescimento de 55% no período de 2005 para 2007. A Tabela 18 demonstra a quantidade de atendimentos, por nível de atenção, nos períodos de 2005 a 2007.

Tabela 18 – Número de atendimentos do Hospital Pompéia no período de 2005 a 2007

Número de atendimentos	2005	2006	2007
Ambulatoriais	54.342	49.694	50.190
Internações	15.862	16.143	16.406
Cirúrgicos	12.128	12.186	12.933
Urgências e Emergências	37.524	49.694	50.190
SADT – Radiologia	19.120	55.063	65.014
SADT – Ressonância	8.562	12.615	14.364
SADT – Tomografia	5.877	8.901	9.861
SADT – Outros	0	11.387	19.490
Total	153.415	215.683	238.448

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

A partir de 2005 o Hospital Pompéia aumentou somente um leito na psiquiatria, o número deles nas demais especialidades permaneceu inalterado. A Tabela 19 demonstra a distribuição dos leitos no Hospital, de acordo com a especialidade.

Tabela 19 – Número de leitos do Hospital Pompéia no período de 2005 a 2007

Número de leitos	2005	2006	2007
Cirúrgicos	146	146	146
Clínicos	120	120	120
Obstétricos	11	11	11
Pediátricos	7	7	7
Psiquiátricos	17	18	18
Total	301	302	302

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Do ano de 2005 para o ano de 2007 o tempo médio de internação na psiquiatria teve um aumento de 11%. O tempo médio de internação na obstetrícia permaneceu inalterado e nas demais especialidades houve uma redução no número de dias. A Tabela 20 demonstra o tempo médio de internação por especialidade de atendimento, no período de 2005 a 2007.

Tabela 20 – Tempo médio de internação no Hospital Pompéia no período de 2005 a 2007

Tempo médio de internação (dias)	2005	2006	2007
Cirúrgica	5,60	4,70	4,50
Clínica	7,0	6,80	6,40
Obstétrica	2,30	2,30	2,30
Pediátrica	8,70	7,50	6,70
Psiquiátrica	18,60	22,70	20,60

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital Pompéia atende pacientes do Sistema Único de Saúde, bem como do Sistema Suplementar de Saúde e do Sistema de Desembolso Direto. A Tabela 21 evidencia a participação de cada um dos sistemas na composição do faturamento total do Hospital.

Tabela 21 – Composição do faturamento do Hospital Pompéia no período de 2005 a 2007

Composição do faturamento	2005	2006	2007
Sistema Único de Saúde	37%	36%	35%
Sistema de Saúde Suplementar	60%	61%	62%
Sistema de Desembolso Direto	3%	3%	3%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

4.1.5 Hospital Saúde

Em 1928, Francisco Oliveira e sua esposa começaram a construção do Hospital Beneficente Santo Antônio, que iniciou suas atividades em 1931, provisoriamente no Hospital Carbone. No ano de 1943, o Hospital foi vendido à Mello & Cia. Ltda, uma empresa formada por médicos. Em 1945, o Hospital foi novamente vendido, desta feita à empresa Leonardelli & Cia Ltda, a qual transformou o prédio do Hospital no luxuoso Caxias Hotel.

Em 25 de agosto de 1954, o Caxias Hotel foi adquirido pelas irmãs de São José, retornando, desta forma, à sua trajetória no atendimento à saúde e passando a ser denominado Hospital Nossa Senhora da Saúde, destinado como um “anexo” ao treinamento das alunas da Escola de Enfermagem Madre Justina Inês.

O Hospital Nossa Senhora da Saúde foi vendido em setembro de 1974. Os novos proprietários, médicos, modificaram a razão social, surgindo então a denominação Hospital Saúde Ltda. Logo após a aquisição foram providenciadas ampliações físicas e após o término do pagamento das prestações assumidas com os antigos proprietários, o Hospital Saúde passou a investir em equipamentos para atender às necessidades dos pacientes.

Em 1982, o Saúde já oferecia 180 leitos, e tinha ocupação média de cerca de oitenta por cento. Em 1985, as salas cirúrgicas passaram de quatro para oito, indicando sua vocação para essa complexa área. A procura do Hospital por pacientes que se submetiam a cirurgias eletivas, exigindo melhores acomodações em lugar das enfermarias tradicionais, forçou a redução de leitos para 165.

Também com o objetivo de prestar serviços mais qualificados, foi ampliada a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), bem como foram instaladas mais duas salas cirúrgicas, além de um centro obstétrico e da maternidade, o que exigiu os decorrentes investimentos na área de pediatria e determinou a Criação de um Plano de Acidente de Trabalho.

Atualmente, o Hospital Saúde conta com 144 leitos, distribuídos em 61 suítes e apartamentos, 15 quartos individuais, 32 quartos semiprivativos e 36 leitos de enfermaria, atendendo a especialidades como: cirurgia vascular e periférica, neurocirurgia, urologia, oncologia, plástica, otorrinolaringologia, oftalmologia, cirurgia geral com ênfase na gastroenterologia, videocirurgia, ortopédico-traumatológica, obstetrícia e ginecologia, além das especialidades clínicas.

O bloco cirúrgico dispõe de 11 salas para atendimento dos mais variados procedimentos, e o centro obstétrico conta com três salas. Em período de movimento normal, são realizados, em média, mais de cem atendimentos por mês no centro obstétrico.

O Hospital Saúde não disponibilizou à pesquisa os registros históricos do Hospital para estudo, desta forma, fica prejudicada a caracterização quanto ao número de atendimentos, tempo médio de internação e composição do faturamento. As Tabelas 22 e 23 caracterizam o Hospital Saúde quanto ao número de profissionais e de leitos de acordo com os dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2008).

O Hospital Saúde possuía 669 profissionais no ano de 2007. Na Tabela 22 pode ser observado o nível de formação dos profissionais do Hospital.

Tabela 22 – Número de profissionais do Hospital Saúde no ano de 2008

Número de profissionais	2008
Nível Superior (excetuando-se médicos)	30
Nível Técnico	199
Ensino Médio	25
Médicos Contratados	1
Médicos Autônomos	414
Total	669

Fonte: Elaboração própria, baseado nos dados disponibilizados pelo Datasus.

No ano de 2007 o Hospital Saúde possuía 139 leitos. A Tabela 23 demonstra a distribuição dos leitos no Hospital, de acordo com a especialidade.

Tabela 23 – Número de leitos do Hospital Saúde no período de 2005 a 2007

Número de leitos	2007
Cirúrgicos	51
Clínicos	40
Obstétricos	13
Pediátricos	13
Outras Especialidades	22
Total	136

Fonte: Elaboração própria, baseado nos dados disponibilizados pelo Datasus.

4.1.6 Clínica Paulo Guedes

A Clínica Psicológica Paulo Guedes Ltda., especializada em doenças mentais, foi fundada em 1971, em Ana Rech, distrito de Caxias do Sul, sendo oficialmente inaugurada no ano de 1972 e tendo como fundadores os médicos Antonio Tadeu Bonalume, Domenico Castagnote e Jaime Daisson.

Inicialmente o regime de atendimento era de caráter particular, e a clínica contava com 100 leitos. Em 1974, foi firmado convênio com o então denominado Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, com a finalidade de prestar atendimento a um maior número de pacientes portadores de deficiências mentais, convênio este que persiste até hoje.

Gradativamente, o número de leitos foi aumentando em função da demanda de pacientes de toda a região, o que propiciou a necessidade de criação de uma unidade feminina. Em 1987, foi criada a unidade particular, sendo desativada em 1992, devido à pouca demanda de pacientes.

Por não constarem nos registros históricos do Hospital, não foram disponibilizadas informações quanto ao número de profissionais, número de leitos e tempo médio de internação, referentes aos anos de 2005 e 2006; bem como as informações quanto à composição do faturamento discriminando o percentual relativo aos atendimentos vinculados ao Sistema Único de Saúde, Sistema Suplementar de Saúde e Sistema de Desembolso Direto.

A Clínica Paulo Guedes contava em 2007 com 120 profissionais, estando o nível de formação dos mesmos discriminado na Tabela 24.

Tabela 24 – Número de profissionais da Clínica Paulo Guedes no período de 2005 a 2007

Número de profissionais	2007
Nível Superior (excetuando-se médicos)	18
Nível Técnico	70
Ensino Fundamental	22
Médicos Contratados	10
Total	120

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

No ano de 2007 foram realizados 2.570 atendimentos, com um tempo médio de internação de 30 dias, contando com 300 leitos.

4.1.7 Resumo do Contexto Histórico dos Hospitais Participantes

De acordo com as informações extraídas do CNES (2008), dos seis hospitais participantes da pesquisa, cinco deles são considerados hospitais gerais e um hospital especializado, sendo três deles instituições privadas, dois entidades beneficentes sem fins lucrativos e uma fundação privada. Três hospitais possuem atividade de ensino e pesquisa. O Quadro 2 evidencia estas informações.

Descrição	Hospital					
	Círculo	Fátima	Geral	Pompéia	Saúde	Paulo Guedes
Tipo de Unidade						
Hospital Especializado						X
Hospital Geral	X	X	X	X	X	
Natureza das Organizações						
Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	X			X		
Fundação Privada			X			
Privada		X			X	X
Atividade de Ensino e Pesquisa						
Hospital de Ensino				X		
Unidade Auxiliar de Ensino		X				
Unidade Universitária			X			

Quadro 2 – Caracterização geral dos hospitais participantes

Fonte: Elaboração própria, baseado nos dados disponibilizados pelo Datasus.

Em 2007 os seis hospitais participantes do estudo contaram com 3.516 profissionais, não sendo possível apurar os números relativos aos anos de 2005 e 2006 por não terem sido disponibilizadas (ND) as informações destes períodos pelos hospitais Saúde e Clínica Paulo Guedes. A Tabela 25 demonstra de forma detalhada o número de atendimentos realizados no período de 2005 a 2007.

Tabela 25 – Número total de profissionais nos hospitais estudados no período de 2005 a 2007

Número de profissionais	2005	2006	2007
Hospital do Círculo	448	436	432
Hospital Fátima	391	395	439
Hospital Geral	894	880	861
Hospital Pompéia	862	910	995
Hospital Saúde	ND	ND	669
Clínica Paulo Guedes	ND	ND	120
Total	2.595	2.621	3.516

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa e disponibilizados no Datasus.

O Hospital Pompéia foi o que realizou o maior número de atendimentos nos três anos estudados, não tendo sido disponibilizado (ND) pelo Hospital Saúde o número de atendimentos nos três períodos estudados, assim como a Clínica Paulo Guedes não disponibilizou (ND) as informações referentes aos anos de 2005 e 2006. Em 2007, os hospitais participantes do estudo, excluindo o Hospital Saúde, realizaram um total de 620.288 atendimentos. A Tabela 26 demonstra de forma detalhada o número de atendimentos no período de 2005 a 2007 em cada um dos hospitais pesquisados.

Tabela 26 – Número total de atendimentos nos hospitais estudados no período de 2005 a 2007

Número de atendimentos	2005	2006	2007
Hospital do Círculo	69.323	160.384	162.806
Hospital Fátima	116.882	121.641	128.245
Hospital Geral	80.961	85.742	88.219
Hospital Pompéia	153.415	215.683	238.448
Hospital Saúde	ND	ND	ND
Clínica Paulo Guedes	ND	ND	2.570
Total	420.581	583.450	620.288

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Os seis hospitais participantes da pesquisa possuíam 1.203 leitos em 2007. Não foi disponibilizada (ND) a quantidade de leitos disponíveis nos anos de 2005 e 2006 pelos Hospitais Saúde e Clínica Paulo Guedes. A Tabela 27 discrimina o número de leitos no período de 2005 a 2007, em cada um dos pesquisados.

Tabela 27 – Número total de leitos nos hospitais estudados no período de 2005 a 2007

Número de leitos	2005	2006	2007
Hospital do Círculo	144	136	130
Hospital Fátima	100	100	100
Hospital Geral	240	235	235
Hospital Pompéia	301	302	302
Hospital Saúde	ND	ND	136
Clínica Paulo Guedes	ND	ND	300
Total	785	773	1.203

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa e disponibilizados no Datasus.

Os Hospitais do Círculo, Saúde e Paulo Guedes não forneceram informações quanto à composição do faturamento em relação ao número de atendimentos pelo Sistema Único de

Saúde, Sistema de Saúde Suplementar e Sistema de Desembolso Direto. Segundo o CNES (2008), a Clínica Paulo Guedes atende aos três sistemas. Entretanto, o Hospital do Círculo e o Hospital Saúde atendem somente ao Sistema de Saúde Suplementar e Sistema de Desembolso Direto.

No Hospital Fátima, 100% de seus atendimentos estão vinculados ao Sistema de Saúde Suplementar, bem como 100% dos atendimentos realizados no Hospital Geral estão vinculados ao Sistema Único de Saúde. O Hospital Pompéia atende aos três sistemas: Sistema Único de Saúde, Sistema de Saúde Suplementar e Sistema de Desembolso Direto.

O quadro 3 evidencia a composição do faturamento dos hospitais participantes da pesquisa.

Composição do faturamento	Hospital					
	Círculo	Fátima	Geral	Pompéia	Saúde	Paulo Guedes
Sistema Único de Saúde			x	x		x
Sistema de Saúde Suplementar	x	x		x	x	x
Sistema de Desembolso Direto	x			x	x	x

Quadro 3 – Composição do faturamento nos hospitais estudados no período de 2005 a 2007

Fonte: Elaboração própria, com base em dados disponibilizados no Datasus.

4.2 ENTREVISTA INDIVIDUAL EM PROFUNDIDADE

A análise minuciosa através das entrevistas individuais em profundidade com os gestores de cada um dos hospitais que integram o SSCX foi a forma de identificar as inovações existentes, conforme exposto na metodologia.

4.2.1 Perfil dos entrevistados e operacionalização das entrevistas

Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade das informações específicas de cada Hospital, como foi informado no momento da entrevista, a identificação utilizada para elas e conseqüentemente para o Hospital, será H1, H2... H6, de acordo com o número de inovações por eles elencadas.

Os seis entrevistados possuem curso de graduação, sendo que cinco têm pós-graduação em nível de especialização e dois deles, curso de mestrado. Os entrevistados são graduados em Administração de Empresas, Administração Hospitalar, Farmácia Bioquímica, Direito, Enfermagem e Medicina. Dois dos entrevistados possuem mais que uma formação em graduação. Os cursos de pós-graduação dos entrevistados são Saúde Pública, Administração Hospitalar, Gestão de Negócios Imobiliários, Gestão Empresarial e Auditoria em Saúde. Dois entrevistados fizeram mestrado em Administração de Empresas.

O tempo que os entrevistados exercem o cargo varia de 1 a 21 anos, sendo que um deles ocupa o cargo há um ano e os demais, há mais de cinco anos. O cargo dos entrevistados está demonstrado no Quadro 4.

Entrevistado/Hospital	Cargo
H1	Superintendente
H2	Superintendente
H3	Diretor Geral
H4	Superintendente
H5	Diretor Administrativo
H6	Diretor Administrativo

Quadro 4 – Cargo ocupado pelos entrevistados

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

As entrevistas foram agendadas com antecedência e realizadas no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, sendo gravadas em meio magnético. Na ocasião do agendamento foi frisada a importância da entrevista pessoal, individual e presencial, bem como o objetivo do estudo e estimada sua duração.

Tendo em vista que os entrevistados poderiam não ter o pleno conhecimento dos conceitos referentes ao assunto pesquisado, foram elaborados cartões contendo as definições constantes no Manual de Oslo (2005), os quais foram utilizados em todas as entrevistas, minimizando dispersões e suposições a respeito do assunto, conforme Apêndice I, página 110.

No Quadro 5 expõe-se a data de realização e o tempo de duração de cada entrevista realizada, sendo a data da entrevista o limite da pesquisa em cada um dos hospitais.

Entrevistado/Hospital	Data	Duração
H1	24/09/2008	50 min
H2	29/09/2008	27 min
H3	08/09/2008	28 min
H4	19/01/2009	20 min
H5	22/10/2008	15 min
H6	09/10/2008	24 min

Quadro 5 – Datas e tempo das entrevistas

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Posteriormente à realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas registrando-se cada uma das informações, observando a precisão exigida pelo processo de condição de entrevistas individuais.

4.2.2 Análise e interpretação das entrevistas

A utilização dos dados é o principal desafio em investigações qualitativas e a execução da análise aprofundada é mais importante do que o acúmulo de grande quantidade de dados, para garantir a qualidade da pesquisa qualitativa (WOLCOTT, 1994). Nesta seção procura-se analisar e interpretar os dados provenientes das entrevistas individuais em profundidade.

De acordo com o referencial teórico estudado, a organização pode realizar mudanças consideráveis de novidade em seus métodos de trabalho, gerando resultados que aumentam o seu desempenho. As inovações são classificadas em quatro tipos: produto, processo, *marketing* e organização (MANUAL DE OSLO, 2005).

Através da análise das entrevistas de cada um dos hospitais participantes da pesquisa, buscou-se identificar quais os tipos de inovações ocorreram, como elas ocorreram, quais os motivos que levaram os hospitais de Caxias do Sul a inovarem, em quais setores ocorreram as inovações, a extensão da mudança (incrementais ou radicais) e o grau de novidade (novas para a organização ou para o mercado).

Para melhor interpretação dos resultados, os objetos de estudo serão analisados individualmente e após, em conjunto.

4.2.2.1 H1 – Identificação das inovações no período pesquisado

Através da questão número um do roteiro de entrevista, buscou-se identificar se ocorreram inovações no período pesquisado. As respostas do entrevistado demonstram que houve um total de catorze inovações, sendo cinco delas de produtos, três de processo, três de *marketing* e três organizacionais.

Com relação ao questionamento feito ao entrevistado do H1, referentes às inovações de produtos realizadas no período pesquisado, foram identificadas as seguintes inovações: Ressonância Magnética de Campo Aberto, Medicina Nuclear, Criação do Hospital de Ensino, Criação do Instituto do Câncer e da Unidade de Tratamento Semi-Intensivo. A seguir são transcritas partes da entrevista evidenciando tais inovações.

[...] com relação à inovação de produto, destacamos a área de diagnóstico e tratamento [...] o Hospital já disponibilizava a ressonância magnética de campo fechado [...] trouxemos a de campo aberto [...] a Medicina Nuclear, [...] caracteriza-se como importante inovação na elucidação de uma série de patologias, entre as quais a metástase óssea [...] a Escola, outra inovação importante, buscamos o título de Hospital de Ensino [...] tratamento quimioterápico de forma diferenciada [...]. a outra inovação sob o ponto de vista de tratamento [...] é a Criação da Unidade de Tratamento Semi-Intensivo [...].

Sobre este questionamento verificou-se, segundo o entrevistado, que os principais motivadores para as inovações citadas foram:

Em relação a Ressonância Magnética de Campo Aberto o entrevistado afirma que foi: *“[...] em função da demanda excessiva e da necessidade de inovar [...]”*.

Sobre a Medicina Nuclear a resposta foi: *“[...] não tínhamos em Caxias do Sul nenhum equipamento que detectasse a metástase óssea como deveria [...]”*.

Já na Criação do Hospital de Ensino é por: *“[...] ser um diferencial importante [...] associar o tripé: assistência, ensino e pesquisa. Hoje é o que alavanca o setor de saúde [...]”*.

Sobre a Criação do Instituto do Câncer a resposta foi: *“[...] porque em Caxias do Sul os serviços de quimioterapia não tratam dentro da unidade esta interdisciplinidade [...] os serviços de quimioterapia não eram tratados dentro da unidade de forma interdisciplinar e multiprofissional [...]”*.

O motivador para a Criação da Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (UTSI) foi: *“o [...] gargalo [...] é a UTI [...] então fizemos uma Unidade de Tratamento Semi-Intensivo com oito leitos [...]”*.

Questionado sobre como ocorreram as inovações, o entrevistado enfatizou que a implantação da Ressonância Magnética de Campo Aberto e a Medicina Nuclear deram-se através da compra de equipamentos, e a Criação da Escola foi com o credenciamento junto ao Ministério da Saúde. Com relação ao Instituto do Câncer, o mesmo se deu através da implantação de um novo conceito de tratamento quimioterápico. As transcrições a seguir evidenciam tais respostas.

Ressonância Magnética de Campo Aberto: “[...] trouxemos (*Compra de equipamento*) [...]” e Medicina Nuclear: “*Compra de equipamento* [...]”.

Hospital de Ensino: “[...] buscamos o título de *Hospital de Ensino* por parte do *Ministério da Saúde* [...]”.

Instituto do Câncer: “[...] permanentemente, *médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo* [...]”.

Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (UTSI): “[...] o paciente da *UTI* estabiliza [...] passa para o *UTSI* onde não tem médico nas 24 horas, só tem o médico rotineiro que passa no meio da manhã, no meio da tarde e fica um durante a noite”.

A questão quatro do roteiro de entrevista procura identificar em quais setores do Hospital ocorreram as inovações. No H1 foi identificado que duas inovações de produto ocorreram no Sistema Auxiliar de Diagnóstico de Tratamento – SADT, uma na oncologia, uma na UTI – Unidade de Tratamento Intensivo e uma com a criação da escola.

As questões cinco e seis do roteiro têm como objetivo conhecer a extensão das inovações introduzidas nos hospitais (radical ou incremental) e o grau de novidade (nova para a organização ou para o mercado). Todas as inovações de produto são classificadas como radicais, sendo que três são novas para o mercado e duas, novas para a organização. O Quadro 6 demonstra estas informações.

Tipo	Inovação identificada	Extensão	Novidade
Produto	Ressonância Magnética de Campo Aberto	Radical	Mercado
	Medicina Nuclear	Radical	Mercado
	Criação do Hospital de Ensino	Radical	Organização
	Criação do Instituto do Câncer	Radical	Mercado
	Criação da Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (UTSI)	Radical	Organização

Quadro 6 – Extensão e grau de novidade das inovações de produto no H1

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O entrevistado do H1 relacionou três inovações de processo no período pesquisado, sendo elas: Sistema de Informática, Imagens dos Exames de Diagnóstico no Sistema Informatizado, Implementação de Código de Barras.

[...] novo Sistema de Informática [...] a outra inovação é a visualização de imagem de exames de diagnóstico nos terminais das unidades de internação [...] outra inovação é implantação do Código de Barras na farmácia e dose unitária [...] a margem de troca de medicamento diminui consideravelmente [...].

Os motivadores para as inovações de processo conforme o entrevistado foram:

Sistema de Informática: “[...] possibilidade de gestão, com agilidade, com uma interface mais próxima daquele que traz o paciente para o Hospital que é o médico [...]”.

Imagens dos Exames de Diagnóstico no Sistema Informatizado: “[...] agilidade no atendimento [...]”.

Implementação de Código de Barras: “[...] permitiu uma distribuição ágil de materiais e medicamentos aos setores de internação [...] a margem de troca de medicamento diminui consideravelmente [...]”.

Como ocorreram as inovações de processo no H1 foram descritos pelo entrevistado da seguinte forma:

Sistema de Informática: “[...] procura de softwares já utilizados [...]”.

Imagens dos Exames de Diagnóstico no Sistema Informatizado: “[...] minutos depois a imagem do exame está na unidade de internação, o médico pode visualizar a imagem do exame [...]”.

Implementação de Código de Barras: “[...] a dose unitária já sai com o nome do paciente, com o Código de Barras, para o escaninho do paciente [...]”.

O local onde as inovações de processo aconteceram no H1 foram, respectivamente, em todos os setores do Hospital, no setor de internação e na farmácia. Estas inovações foram classificadas pelo entrevistado como duas inovações radicais e uma incremental, sendo uma nova para organização e duas novas para o mercado. O Quadro 7 evidencia estas informações.

Tipo	Inovação identificada	Extensão	Novidade
Processo	Sistema de Informática	Incremental	Organização
	Imagens dos Exames de Diagnóstico	Radical	Mercado
	Código de Barras	Radical	Mercado

Quadro 7 – Extensão e grau de novidade das inovações de processo no H1

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

No H1 foram identificadas três inovações de *marketing*, que são: Exames de Diagnóstico em Horário não Comercial, Convênio com Plano de Saúde e Venda de Plano de Saúde Próprio. Os motivos pelos quais foram implementadas estas inovações são:

Exames de Diagnóstico em Horário não Comercial: “[...] *demanda excessiva durante o dia de Ressonância Magnética de Campo Aberto [...]*”.

Convênio com Plano de Saúde: “[...] *o Hospital compôs com o plano de saúde um convênio, onde são disponibilizados leitos fixos, são pagos usando ou não [...]*”.

Venda de Plano de Saúde Próprio: “[...] *parceria com plano de saúde [...]*”.

A transcrição a seguir identifica como foram implantadas as inovações de *marketing*, segundo a percepção do entrevistado.

Exames de Diagnóstico em Horário não Comercial: “[...] *começamos a fazer com que essa máquina trabalhasse à noite também, porque ela tem uma capacidade fantástica de trabalho, e à noite com desconto [...]*”.

Convênio com Plano de Saúde: “[...] *o Hospital compôs com o plano de saúde um convênio, onde são disponibilizados leitos fixos, são pagos usando ou não [...]*”.

Venda de Plano de Saúde Próprio: “[...] *Parceria com Plano de Saúde [...]*”.

A primeira inovação de *marketing* foi implantada no Sistema Auxiliar de Diagnóstico de Tratamento – SADT, a segunda e terceira no setor de internações. As três inovações foram classificadas, pelo entrevistado, como inovações radicais e novas para o mercado.

O H1 implantou, ao longo do período estudado, três inovações organizacionais: Implantação do Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade (PGQP), Acreditação Hospitalar e Capacitação de Gestores. Os motivos e como estas inovações foram incrementadas são:

Sobre a Implantação do PGQP: “[...] *descompasso entre a evolução tecnológica e a resposta organizacional [...]* fez com que o Hospital parasse e começasse a pensar em gestão [...]”. Como: “[...] *através da adesão ao PGQP [...]*”.

No que se refere à Acreditação Hospitalar: “[...] *o motivo foi o descompasso entre a evolução tecnológica e a resposta organizacional [...]* fez com que o Hospital parasse e começasse a pensar em gestão [...]”. Como: “[...] *pela certificação [...]*”.

Já no que diz respeito à Capacitação de Gestores: “[...] *descompasso organizacional fez com que o Hospital parasse e começasse a pensar em gestão [...]*”. Como: “[...] *trazer um conceito do médico gestor, enfermeiro gestor [...] gestor que faz o “MBA in Company [...]”*”.

Quanto à extensão e grau de novidade, as três inovações de *marketing* identificadas pelo entrevistado foram classificadas como radical e nova para a organização.

O Quadro 8 sintetiza as respostas do entrevistado do H1, de acordo com o roteiro de entrevista.

Questão nº	1	2	3	4	5	6
Tipo	Inovação	Motivador	Como	Onde	Extensão	Novidade
Produto	Ressonância Magnética de Campo Aberto	Demanda	Compra de equipamento	SADT	Radical	Mercado
	Medicina Nuclear	Não havia em Caxias do Sul	Compra de equipamento	SADT	Radical	Mercado
	Criação do Hospital de Ensino	Alavanca o setor da saúde	Título de hospital de ensino	Escola	Radical	Organização
	Criação do Instituto do Câncer	Não havia em Caxias do Sul	Novo conceito de tratamento quimioterápico	Oncologia	Radical	Mercado
	Criação da UTSI	Gargalo UTI	Paciente UTI estabilizado passa para UTSI	UTI	Radical	Organização
Processo	Sistema de Informática	Gestão com a agilidade	<i>Software</i> já existente	Todos	Incremental	Organização
	Imagens dos Exames de Diagnóstico	Agilidade	Resultado dos exames na unidade de internação	Internação	Radical	Mercado
	Código de Barras	Agilidade	Dose unitária com o nome do paciente	Farmácia	Radical	Mercado
Marketing	Exames de Diagnóstico em Horário não Comercial	Demanda	À noite com desconto (preço diferenciado)	SADT	Radical	Mercado
	Convênio com Plano de Saúde	Sustentabilidade	Nº de leitos fixos e parceria	Internação	Radical	Mercado
	Venda de Plano de Saúde Próprio	Sustentabilidade	Parceria com outro plano de saúde	Internação	Radical	Mercado
Organizacional	Implantação do PGQP	Descompasso entre a evolução tecnológica e a resposta organizacional	Termo de adesão	Todas	Radical	Organização
	Acreditação Hospitalar		Certificação	Todas	Radical	Organização
	Capacitação de Gestores		Conceito de gestor	Todas	Radical	Organização

Quadro 8 – Resumo das inovações do H1

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

4.2.2.2 H2 – Identificação das inovações no período pesquisado

As respostas do entrevistado do H2 evidenciam que houve oito inovações no período pesquisado, sendo uma de produto, três de processo, uma de *marketing* e três inovações organizacionais.

O entrevistado do H2 identificou, no período pesquisado, a implementação de uma única inovação de produto, que foram as Cirurgias Cardíacas. A seguir são transcritas partes da entrevista evidenciando a inovação.

[...] todo conjunto de cirurgias possíveis e imaginárias do mundo são executadas em alguns lugares, executamos um conjunto delas que nos caracteriza como um Hospital Geral. Esse Hospital Geral atende todo tipo de processo de doença que puder aparecer. [...] trouxemos para o Hospital algumas cirurgias que não eram feitas anteriormente [...] nos destacamos nesses últimos anos em cirurgias cardiológicas. Criamos o centro de dor torácica, o qual no próximo ano estará sendo ampliado [...].

Questionado sobre o que motivou a implementação desta inovação o entrevistado destacou que foi pela necessidade de Atender ao Plano de Saúde Próprio, conforme pode-se observar na transcrição da entrevista.

“[...] por exigência de nós termos um plano de saúde [...] precisa fazer com que seu Hospital trabalhe para ele prioritariamente [...]”.

A inovação deu-se pela ampliação da estrutura do Hospital, tornando o H2 um Centro de Atendimento Cardiológico e, salienta:

[...] queremos o máximo ampliar nossa estrutura própria [...] hoje somos um centro cardiológico, então se uma pessoa sentir dor no peito, nós chamamos de dor torácica, não adianta procurar outro Hospital, não existe isso até porque tem escassez de outros pronto-atendimentos em Caxias do Sul [...].

O setor do H2 no qual ocorreu esta inovação foi a cardiologia, sendo classificada, pelo entrevistado, quanto à extensão e o grau de novidade como uma inovação incremental e nova para a organização.

Foram relacionadas, pelo entrevistado do H2, três inovações de processo no período pesquisado: Personalização no atendimento, Acompanhante no CTI e Sistema de Informática, destacando o entrevistado:

[...] inovação dentro da internação dos setores. Houve formas diferentes de estarmos atendendo as pessoas, colocando-as no leito. Atrás disso houve modificação de processos, o tipo de serviço que nós oferecíamos era diferente, por exemplo, nós tínhamos uma enfermeira que media a febre em todas as pessoas, dizia a uma técnica de enfermagem: “olha, mensura a febre de todo o setor”, cada uma fazia uma coisa, outra aplica todos os medicamentos que tem que aplicar. Esse tipo de atitude não é incomum nos hospitais, mas ela traz para dentro do Hospital a falta de relação com o paciente, nós mudamos [...].

[...] um outro processo que nós poderemos falar [...] passamos a permitir que o familiar esteja ao lado do paciente internado nos setores de CTI [...].

[...] mudamos o Sistema de Informática e isso já significa dizer que mudamos totalmente o processo, inclusive hoje nós somos um “case” [...].

Segundo o entrevistado os principais motivadores para as inovações de processo foram:

No que se refere ao Sistema de Informática: “[...] entendíamos que o software que tínhamos para a gestão hospitalar não atendia as mínimas necessidades [...]”.

Já sobre a Personalização do Atendimento: “[...] o objetivo é humanizar, ter uma relação melhor com o paciente [...] é mais rápida a recuperação do paciente [...]”.

Quanto ao Acompanhante no CTI: “[...] processo de humanização em todo o Hospital [...] que há recuperação mais rápida [...]”.

A forma como ocorreram as inovações de processo no H2 foram descritas pelo entrevistado:

Sistema de Informática: “[...] procuramos uma organização que estivesse atuando no segmento de saúde, que fosse uma organização que tivesse um projeto para desenvolver um software hospitalar. Nós procuramos, ainda, alguém que fosse buscar financiamento para esse projeto [...] acabamos tendo um processo, um software, não copiado de outro Hospital porque estaríamos incorrendo no erro de copiar algo errado [...]”.

Personalização do Atendimento: “[...] fazendo com que a profissional cuide do paciente, do início ao fim, e se eu mal comparar, este é um processo usual de algumas indústrias [...] a enfermeira, hoje, se sente dona do paciente, ela tem uma relação importante com o paciente [...]”.

Acompanhante no CTI: “[...] permite que o familiar esteja ao lado do paciente [...]”.

A inovação de Sistema de Informática aconteceu em todos os setores do Hospital, sendo que as outras duas inovações foram implementadas no setor de internação do H2. O entrevistado classificou as três inovações de processo como incrementais e novas para a organização.

Foi identificada uma inovação de *marketing* no H2, que foi a Troca do Nome do Hospital, tendo como motivador a unificação da marca que se deu através da criação de um novo logotipo. O entrevistado destaca:

[...] juntar tudo em baixo da marca [...] todos os assuntos, negócios relacionados ao grupo levaram o mesmo nome [...] criamos um logotipo novo [...] quando fizemos este lançamento se perguntava se o grupo tinha comprado o Hospital [...].

Esta inovação foi classificada, pelo entrevistado, como radical e nova para o mercado.

No período pesquisado, o H2 implantou três inovações organizacionais: Capacitação de Gestores, Definição da Estrutura Organizacional e Metodologia de Gestão. Para estas inovações o entrevistado salienta:

[...] a questão de transformar enfermeiros, que são pessoas técnicas, em gestores de negócios. Passar para os gestores de uma área, como exemplo, materno-infantil, um demonstrativo de receitas e de despesas. O que ele entende disso? Não entendia nada, agora esta entendendo [...] construção de um organograma claro e com responsabilidades bem definidas, levando em nível de detalhe as operações e os segmentos [...] tem ainda uma coisa muito importante nesse processo que é a Metodologia de Gestão, talvez seja, além da mudança de marca, do organograma, ela é praticamente decisória no resultado [...].

Os motivadores para as inovações organizacionais ocorridas no H2 foram os seguintes:

Com relação à Capacitação de Gestores: “[...] *mostrar gestão para as pessoas [...] o profissional tem que pensar nos custos para termos melhores resultados [...]*”.

No que se refere a Definição da Estrutura Organizacional: “[...] *dando a entender ao funcionário onde ele está, meu setor é esse, meu chefe é esse, meu outro chefe é aquele [...] definição hierarquia [...]*”.

Já no que tange à Metodologia de Gestão: “[...] *busca por três viabilidades: mercadológica, produção e financeira [...]*”.

Respondendo ao questionamento de como ocorreram as inovações organizacionais no H2, o entrevistado descreveu que foi da seguinte forma:

Capacitação de Gestores: “[...] *transformar enfermeiros, que são pessoas técnicas, em gestores de negócios [...] treinamento [...]*”.

Definição da Estrutura Organizacional: “[...] *construção de um organograma claro e com responsabilidades bem definidas, levando em nível de detalhe as operações e os segmentos [...]*”.

Metodologia de Gestão: “*Metodologia de Gestão [...] decisória no resultado [...]*”.

Estas inovações foram classificadas, pelo entrevistado, uma como radical e duas como incrementais, sendo que a Metodologia de Gestão foi classificada como nova para o mercado e a Capacitação de Gestores e Definição da Estrutura Organizacional são novas para a organização.

No Quadro 9 estão apresentadas, de forma resumida, as inovações identificadas no H2 de acordo com o roteiro de entrevista.

Questão nº	1	2	3	4	5	6
Tipo	Inovação	Motivador	Como	Onde	Extensão	Novidade
Produto	Cirurgias Cardíacas	Atender ao plano de saúde próprio	Ampliar estrutura própria	Cardiologia	Incremental	Organização
Processo	Personalização do Atendimento	Humanização (menos dias de internação)	Profissional cuida do paciente do início ao fim	Internação	Incremental	Organização
	Acompanhante na CTI	Humanização (menos dias de internação)	Permite que o familiar esteja ao lado do paciente	CTI	Incremental	Organização
	Sistema de Informática	Gestão	Parceria para desenvolver <i>software</i> hospitalar	Todos	Incremental	Organização
Marketing	Troca do Nome do Hospital	Fortalecimento da marca	Criação de um logotipo para todos os negócios do grupo	Todos	Radical	Mercado
Organizacional	Capacitação de Gestores	Gestão	Gestor de negócio	Todas	Incremental	Organização
	Definição da Estrutura Organizacional	Definição hierárquica	Construção do organograma	Todas	Incremental	Organização
	Metodologia de Gestão	Busca viabilidades: mercadológica, produção e financeira	Metodologia de gestão	Todas	Radical	Mercado

Quadro 9 – Resumo das inovações do H2

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

4.2.2.3 H3 – Identificação das inovações no período pesquisado

Buscando identificar se ocorreram inovações no período pesquisado, através da análise da resposta do entrevistado para a questão número um do roteiro de entrevista, observou-se que ocorreram cinco inovações no H3, sendo duas de produtos, duas de processo e uma organizacional, não tendo sido identificado pelo entrevistado nenhuma inovação de *marketing*.

Com relação ao questionamento feito ao entrevistado do H3 referente às inovações de produto realizadas no período pesquisado, foram identificadas, pelo mesmo, a Cirurgia Hemodinâmica e a Cirurgia Cardiopediátrica. A seguir apresenta-se parte da entrevista evidenciando estas inovações.

[...] uma das inovações que ocorreu no Hospital foi no setor da cardiologia, a Cirurgia Hemodinâmica. É um tratamento para pacientes cardíacos [...] não é uma cirurgia aberta [...] colocar o estêncil, que é a “molinha no coração” [...] foi credenciada a Cirurgia Cardiopediátrica, também foi uma inovação muito importante [...] teve uma repercussão importante a nível de região e também de Estado [...].

Sobre este questionamento verificou-se, de acordo com o entrevistado, que os principais motivadores para as inovações citadas foram:

Quanto à Cirurgia Hemodinâmica o entrevistado afirma que foi: “[...] *pela demanda reprimida [...]*”.

A Cirurgia Cardiopediátrica a resposta foi: “[...] *o governo do Estado do Rio Grande do Sul, apoiados pela região [...] entenderam que todo o interior do Rio Grande do Sul não possuía uma unidade de procedimento [...]*”.

Questionado sobre como ocorreram as inovações de produto no Hospital, o entrevistado relata que a Cirurgia Hemodinâmica foi através do credenciamento, junto ao Ministério da Saúde, em alta complexidade e a Cirurgia Cardiopediátrica deu-se através da parceria entre entidades. A transcrição a seguir evidencia a resposta.

Cirurgia hemodinâmica: “[...] *credenciamento no Ministério da Saúde em alta complexidade [...]*”.

Cirurgia Cardiopediátrica: “[...] *contou com a parceria de uma grande empresa [...] quando falamos em inovação, falamos sempre em parcerias [...] tivemos o apoio muito forte,*

um acordo, entre a Santa Casa de Porto Alegre e o Hospital, viabilizando também a equipe médica [...]”.

Procurando identificar em que setor do H3 ocorreram as inovações de produto, observa-se, através da resposta do entrevistado à questão número quatro do roteiro de entrevista, que as mesmas ocorreram na cardiologia.

As questões cinco e seis do roteiro de entrevista buscaram identificar se as inovações de produto introduzidas no Hospital pesquisado são inovações radicais ou incrementais e se são novas para a organização ou para o mercado. O entrevistado classificou as duas inovações como radicais, sendo uma nova para a organização e uma nova para o mercado, tendo em vista que a Cirurgia Hemodinâmica já é realizada por outros hospitais da região e a Cirurgia Cardiopediátrica não era realizada no interior do Estado.

O entrevistado do H3 entende terem ocorrido duas inovações de processo no período pesquisado: no Sistema de Informática e Acolhimento ao Paciente.

“[...] mudança no Sistema de Informática do Hospital [...] nós implantamos [...] o acolhimento do paciente [...] colocamos o acolhimento no pronto socorro [...]”.

De acordo com o entrevistado, as inovações de processo identificadas tiveram os seguintes motivadores:

Para o Sistema de Informática: *“[...] um Hospital do nosso porte, da nossa complexidade, é fundamental e imprescindível ter controle dos seus dados estatísticos, financeiros e econômicos [...] saber qual o setor que dá resultado, dá prejuízo, onde eu posso trabalhar, onde eu posso reduzir custos [...]”.*

Já com relação ao Acolhimento ao Paciente: *“[...] é um projeto que está inserido dentro da política nacional de humanização [...]”.*

O entrevistado, ao responder à questão número três do roteiro de entrevista, expôs como ocorreram as inovações de processo no H3:

Sistema de Informática: *“[...] conhecer softwares já instalados em outros hospitais do mesmo porte [...]”.*

Acolhimento ao Paciente: *“[...] cada paciente que chega na urgência, emergência é triado [...] é acolhido por uma enfermeira que vai ver seus sintomas, seus sinais vitais, suas queixas. Preenche uma ficha e aí vai qualificar o paciente para ser atendido mais rápido ou menos rápido [...]”.*

O novo Sistema de *software* foi implantado em todos os setores do Hospital e o Acolhimento ao Paciente é específico para o atendimento no pronto socorro. Ao responder às questões cinco e seis, o entrevistado classifica as inovações de processo como incremental e radical, respectivamente, sendo as duas, novas somente para a organização. O Quadro 10 demonstra estas informações.

Tipo	Inovação identificada	Extensão	Novidade
Processo	Sistema de Informática	Incremental	Organização
	Acolhimento ao Paciente	Radical	Organização

Quadro 10 – Extensão e grau de novidade das inovações de processo do H3

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Ao longo do período pesquisado, o entrevistado do H3 identifica como inovação organizacional a Capacitação de Gestores. A transcrição a seguir evidencia esta resposta.

[...] estamos mudando toda a estrutura organizacional da instituição [...] cada gerente, cada coordenador, vai ter que ser muito mais coordenador, ser um pouco inovador, porque os grandes hospitais é que fazem isso. O enfermeiro da unidade vai ter que, além de fazer a parte assistencial, vai ter que gerenciar essa unidade, o que tange o todo, não mais só assistir ao paciente. São processos de inovações não radicais e sim incrementais no dia-a-dia [...].

Através das respostas das questões três e quatro, o entrevistado relata que o motivo que levou o Hospital a implantar esta inovação foi: “[...] a necessidade do *profissional* [...] além de fazer a parte assistencial, terá que gerenciar a unidade [...]”, sendo possível através do [...] *treinamento, capacitação, mudando o perfil gerencial de cada líder* [...]”. Esta inovação é considerada pelo entrevistado como uma inovação radical e nova para a organização.

O Quadro 11 apresenta de forma resumida as inovações implementadas pelo H3 no período pesquisado.

Questão n°	1	2	3	4	5	6
Tipo	Inovação	Motivador	Como	Onde	Extensão	Novidade
Produto	Cirurgia Cardíaca	Demanda	Credenciamento no Ministério da Saúde em alta complexidade	Cardiologia	Radical	Organizacional
	Cirurgia Cardiopediátrica	Interior do Estado não possuía unidade de procedimento	Parceria público-privada	Cardiologia	Radical	Mercado
Processo	Sistema de Informática	Controle	<i>Software</i> já existente	Todos	Incremental	Organizacional
	Acolhimento ao Paciente	Humanização (política nacional)	Qualificação do paciente de acordo com a emergência	Pronto socorro	Radical	Organizacional
Organizacional	Capacitação de gestores	Gestão	Perfil gerencial	Todos	Radical	Organizacional

Quadro 11 – Resumo das inovações do H3

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

4.2.2.4 H4 – Identificação das inovações no período pesquisado

A resposta do entrevistado à questão número um do roteiro de entrevista, evidencia que no H4 foram incrementadas, no período pesquisado, quatro inovações, sendo uma de produto, uma de processo e duas organizacionais. O entrevistado não identifica inovação de *marketing* neste período.

A inovação de produto identificada pelo entrevistado do H4 no período, foi a Criação de um serviço de oncologia para atender pacientes credenciados em planos de saúde e particulares. A seguir, parte da entrevista evidenciando esta inovação.

“[...] abrimos um Serviço de oncologia privado [...] este serviço era terceirizado em outras clínicas [...]”.

A questão número dois do roteiro de entrevista questiona sobre o motivo que levou o Hospital a implantar a inovação identificada como Serviço de oncologia privado foi:

“[...] por causa da operadora (plano de saúde) este serviço era terceirizado em outras clínicas [...] em Caxias nenhum Hospital tinha serviço de oncologia privado [...]”.

Segundo o entrevistado, a inovação ocorreu com a adequação da estrutura do Hospital para realização do serviço, a seguir evidenciada:

[...] foram quase quatro anos de estudos, plantas, projetos, precisa ser aprovado pela Secretaria Estadual da Saúde, teve algumas questões políticas. Aquisição de tecnologia não muito, mas teve a aquisição de uma capela de fluxo laminada, o mais é a estrutura em si, o mais complexo foi a aprovação da planta na vigilância sanitária, tem toda uma legislação própria para isso [...].

Neste contexto, o setor da oncologia foi o inovador. As questões cinco e seis do roteiro de entrevista buscaram identificar se a inovação introduzida no Hospital pesquisado é uma inovação radical ou incremental e também se são novas para a organização ou para o mercado. Segundo o entrevistado, a inovação de produto identificada no H4 é uma inovação radical e nova para organização.

Foi relacionada pelo entrevistado do H4 uma inovação de processo no período pesquisado, sendo a: *“[...] automatização na realização dos exames laboratoriais [...]”*. E teve como motivador para a inovação de processo a agilidade, conforme enfatizado pelo entrevistado: *“[...] para agilizar os processos [...] alguns equipamentos fazem com que tenha mais automatização na realização dos exames [...]”*.

Visando a identificar como ocorreu a inovação, o entrevistado foi questionado através da questão quatro do roteiro de entrevista, relatando ter sido através da Compra de equipamentos: *“[...] investido em equipamentos diferenciados no laboratório [...]”*.

O laboratório foi o local onde ocorreu a inovação de processo identificado no H4. O entrevistado classifica a inovação identificada como incremental e nova para a organização.

A *“[...] Certificação ISO 9000 [...] e a [...] Acreditação Hospitalar [...] passamos para o nível II [...]”*, foram as duas inovações organizacionais implantadas pelo H4 no período pesquisado.

Segundo o entrevistado do H4, os motivadores das duas inovações organizacionais foram:

Certificação ISO 9000: *“[...] por uma questão de mercado (imagem) [...] ISO é uma palavra que as pessoas já sabem que se volta para qualidade e também porque tinha uma necessidade interna de estruturação de processos [...]”*.

Acreditação Hospitalar: “[...] ela trabalha muito mais voltada para eficiência da parte assistencial [...]”.

De acordo com as respostas obtidas através do questionamento de número quatro do roteiro de entrevista, tanto a “*Certificação ISO 9000*” como a “*Acreditação Hospitalar*” foram conquistadas através das auditorias de certificação, sendo as inovações classificadas, uma como radical e outra como incremental, e novas para a organização.

O Quadro 12 apresenta de forma resumida as inovações implementadas pelo H4 no período pesquisado.

Questão nº	1	2	3	4	5	6
Tipo	Inovação	Motivador	Como	Onde	Extensão	Novidade
Produto	Serviços Oncológicos Privados	Atender ao plano de saúde próprio	Ampliar estrutura própria	Oncologia	Radical	Organização
Processo	Automatização de Exames Laboratoriais	Agilidade	Compra de equipamento	Laboratório	Incremental	Organização
Organizacional	Certificação ISO 9000	Imagem e estruturação de processos	Certificação	Todos	Radical	Organização
	Acreditação Hospitalar	Eficiência organizacional			Incremental	Organização

Quadro 12 – Resumo das inovações do H4

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

4.2.2.5 H5 – Identificação das inovações no período pesquisado

O entrevistado do H5 identificou que foram incrementadas no período pesquisado três inovações, sendo uma de produto e duas inovações organizacionais. Não foram evidenciadas nenhuma inovação de processo e de *marketing*.

A inovação de produto foi a Criação de um Plano de Acidente de Trabalho, tendo como motivador o *know how* existente no Hospital. De acordo com o agente:

“[...] o Hospital tem como característica o atendimento de acidente de trabalho. Isso fez com que nós decidíssemos investir na área de acidente de trabalho [...]”.

O principal motivador foi: “[...] o grupo do Hospital tem como característica o atendimento de acidente de trabalho [...] investimos numa coisa que era característica de atendimento. Faz 40 anos que atendemos acidente de trabalho [...]”.

Respondendo à questão de como foi implementada esta inovação, o entrevistado disse que foi: “[...] *por plano, não plano de saúde, é plano de atendimento ao acidentado no trabalho [...] nosso produto desenvolvido nos últimos anos, apesar de a gente sempre fazer isso, foi o acidente de trabalho, esse é o principal*”.

A inovação de produto do H5 foi implementada no setor de atendimento. Esta inovação foi classificada pelo entrevistado como radical e nova para a organização.

O entrevistado identificou duas inovações de processo; entretanto, observando-se o referencial teórico, estas inovações devem ser classificadas como organizacionais. As inovações organizacionais que foram implementadas no H5, no período pesquisado, foram a Implantação do PGQP e a Certificação ISO 9000, conforme descrito pelo entrevistado.

“[...] *ter prêmios do PGQP (Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade) [...] nós investimos na Certificação ISO 9000 [...]*”.

Segundo o entrevistado, os principais motivadores para estas inovações são organizar o trabalho e criar um padrão de atendimento, e foram implementadas através da qualificação do pessoal. Estas inovações foram classificadas como incrementais e novas para a organização.

Implantação do PGQP: “[...] *considero fundamental no trabalho da empresa [...] organizacional [...] nos levou a fazer investimentos e qualificação em termos de pessoal [...]*”.

Certificação ISO 9000: “[...] *eu quero um padrão de atendimento [...] investimos em treinamento [...]*”.

No Quadro 13 estão apresentadas, de forma resumida, as inovações identificadas no H5, de acordo com o roteiro de entrevista.

Questão nº	1	2	3	4	5	6
Tipo	Inovação	Motivador	Como	Onde	Extensão	Novidade
Produto	Criação do Plano de Acidente de Trabalho	<i>Know how</i>	Criação de plano próprio	Atendimento	Radical	Organização
Organizacional	Implantação do PGQP	Melhoria organizacional	Termo de adesão	Todos	Incremental	Organização
	Certificação ISO 9000	Padrão de atendimento	Certificação		Incremental	Organização

Quadro 13 – Resumo das inovações do H5

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

4.2.2.6 H6 – Identificação das inovações no período pesquisado

Buscando identificar as inovações ocorridas no período pesquisado, o entrevistado do H6 não identifica inovação de produto, *marketing* e organizacional no Hospital. Entende ter havido uma inovação de processo no período compreendido pela pesquisa.

A Reestruturação da internação foi a inovação de processo identificada pelo entrevistado no H6, no período de 2005 a 2008. A seguir, parte da entrevista evidenciando esta inovação.

“[...] na área técnica houve uma reestruturação na maneira de organizar patologias internas, essas patologias eram separadas por enfermidade [...]”.

Sobre os motivadores da inovação de processo identificada pelo entrevistado, foi relatado pelo entrevistado do H6 ao responder a questão dois do roteiro de entrevista, o seguinte: *“[...] modificar o convívio dos pacientes na parte interna [...] visou-se o fator humano, a humanização [...] tratamento mais rápido [...]”.*

A inovação de processo identificada pelo entrevistado do H6 foi implementada através da modificação da estrutura física do Hospital, a seguir evidenciada:

“[...] unimos todas alas [...] melhorar a área física [...] ampliamos áreas, mais as técnicas [...]”.

O setor de internação foi onde ocorreu a inovação no H6, sendo classificada como radical para o H6 e nova para a organização.

No Quadro 14 está apresentada, de forma resumida, a inovação identificada no H6, de acordo com o roteiro de entrevista.

Questão nº	1	2	3	4	5	6
Tipo	Inovação	Motivador	Como	Onde	Extensão	Novidade
Processo	Forma de Internação	Humanização (menos dias de internação)	União das alas de internação	Internação	Radical	Organização

Quadro 14 – Resumo das inovações do H6

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

4.2.2.7 Análise conjunta das entrevistas

Foram trinta e cinco as inovações identificadas nos hospitais participantes da pesquisa, sendo dez de produto, dez de processo, quatro de *marketing* e onze organizacionais. As duas inovações de processo identificadas pelo entrevistado H5, conforme o referencial teórico analisado, refere-se a inovações organizacionais.

Desta forma, as inovações citadas foram classificadas observando-se o tipo conceituado na literatura. A Tabela 28 demonstra de forma sintetizada estas informações, já observando a classificação acima exposta.

Tabela 28 – Resumo das inovações identificadas nos hospitais participantes da pesquisa

Inovação	Quantidade de inovações por Hospital							% por Tipo
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	Total	
Produto	5	1	2	1	1	0	10	28.6%
Processo	3	3	2	1	0	1	10	28.6%
<i>Marketing</i>	3	1	0	0	0	0	4	11.4%
Organizacional	3	3	1	2	2	0	11	31.4%
Total	14	8	5	4	3	1	35	100%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

As inovações implementadas pelos hospitais participantes da pesquisa ficaram distribuídas entre produto e processos com 28,6% cada, do total de inovações; as inovações organizacionais representaram 31,4% e as inovações de *marketing* foram as menos significativas, ficando somente com 11,4% do total de inovações implementadas no período pesquisado.

As inovações “Sistema de Informática” e “Capacitação de Gestores” foram implementadas em três hospitais; já as inovações “Acreditação Hospitalar”, “Certificação ISO 9000”, “Cirurgias Cardíacas”, “Implantação do PGQP” e “Serviços Oncológicos” ocorreram em dois hospitais. As outras dezenove inovações não tiveram recorrência em nenhum Hospital, ou seja, os seis hospitais tiveram dezenove inovações diferentes um do outro. Desta forma a inovação implementada em um dos hospitais não foi implementada em nenhum outro. O Quadro 15 elenca todas as inovações identificadas nos hospitais pesquisados.

Inovação identificada	Hospital
Capacitação de Gestores	H1, H2 e H3
Sistema de Informática	H1, H2 e H3
Acreditação Hospitalar	H1 e H5
Certificação <i>ISO 9000</i>	H4 e H5
Cirurgias Cardíacas	H2 e H3
Implantação do PGQP	H1 e H4
Serviços Oncológicos	H1 e H4
Convênio com Plano de Saúde	H1
Criação da Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (UTSI)	H1
Criação do Hospital de Ensino	H1
Exames de Diagnóstico em Horário não Comercial	H1
Imagens dos Exames de Diagnóstico no Sistema Informatizado	H1
Implementação de Código de Barras	H1
Medicina Nuclear	H1
Ressonância Magnética de Campo Aberto	H1
Venda de Plano de Saúde Próprio	H1
Acompanhante no CTI	H2
Definição da Estrutura Organizacional	H2
Metodologia de Gestão	H2
Troca do Nome do Hospital	H2
Personalização do Atendimento	H2
Acolhimento ao Paciente	H3
Cirurgia Cardiopediátrica	H3
Automatização Exames Laboratoriais	H4
Plano de Acidente de Trabalho	H5
Reestruturação na Internação	H6

Quadro 15 – Inovações identificadas nos hospitais pesquisados

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Os motivadores para as inovações também são diversos, destacando-se a demanda como o principal motivo que levou os hospitais a inovarem em produto, representado por seis ocorrências do total das inovações de produto. Já as inovações de processo são motivadas pela humanização, com quatro ocorrências, agilidade e gestão com três ocorrências cada. Para inovar em *marketing*, os hospitais motivam-se na sustentabilidade, com duas ocorrências, demanda e Fortalecimento da Marca, uma ocorrência cada. Todas as inovações organizacionais ocorreram na busca de uma melhoria na gestão dos hospitais.

De forma geral, os principais motivos pelos quais os hospitais que participaram da pesquisa buscam inovar é a gestão, representado 40% dos motivadores e a demanda com 20% dos motivadores, ou seja, estes dois motivos representam 60% dos motivadores identificados pelos entrevistados. A Tabela 29 demonstra estes dados.

Tabela 29 – Motivadores das inovações

Motivador	Produto	Processo	Marketing	Organizacional	Quantidade	Percentual
Gestão	0	3	0	11	14	40.0%
Demanda	6	0	1	0	7	20.0%
Humanização	0	4	0	0	4	11.4%
Agilidade	0	3	0	0	3	8.6%
Atender ao Plano de Saúde Próprio	2	0	0	0	2	5.7%
Sustentabilidade	0	0	2	0	2	5.7%
Crescimento	1	0	0	0	1	2.9%
Fortalecimento da Marca	0	0	1	0	1	2.9%
<i>Know how</i>	1	0	0	0	1	2.9%
Total	10	10	4	11	35	100%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Observou-se que quinze das trinta e cinco inovações identificadas foram implementadas em todos os setores dos hospitais participantes da pesquisa, o que representa 43% das inovações. O setor de internação recebeu cinco inovações, o Sistema Auxiliar de Diagnóstico de Tratamento – SADT e o setor de cardiologia foram contemplados com três, enquanto o setor de tratamento intensivo (CTI e UTI) e oncologia receberam duas inovações cada. Os setores de atendimento, escola, farmácia, laboratório e pronto-socorro receberam uma inovação cada.

Tabela 30 – Setores onde foram implementadas as inovações nos hospitais pesquisados

Setores	Produto	Processo	Marketing	Organizacional	Quantidade	Percentual
Todos	0	3	1	11	15	42.9%
Internação	0	3	2	0	5	14.3%
Cardiologia	3	0	0	0	3	8.6%
SADT	2	0	1	0	3	8.6%
Oncologia	2	0	0	0	2	5.7%
UTI/CTI	1	1	0	0	2	5.7%
Atendimento	1	0	0	0	1	2.9%
Escola	1	0	0	0	1	2.9%
Farmácia	0	1	0	0	1	2.9%
Laboratório	0	1	0	0	1	2.9%
Pronto Socorro	0	1	0	0	1	2.9%
Totais	10	10	4	11	35	100%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Nas respostas da questão número três do instrumento de pesquisa, como os hospitais inovam, percebe-se que as formas são bastante diversas, sendo que as principais recorrências encontradas referem-se a “Certificação” com quatro ocorrências e “Compra de Equipamentos” com três ocorrências. O Quadro 16 a seguir demonstra o levantamento realizado na pesquisa de como os hospitais inovam.

Vinte e três inovações classificam-se como radicais, demonstrando que 66% das inovações implementadas pelos hospitais pesquisados são radicais e 34% são inovações incrementais. Destaca-se que 90% das inovações de produto e todas as inovações de *marketing* são do tipo radical, enquanto das inovações de processo, somente 40% são radicais; das inovações organizacionais, 55% são consideradas radicais, ou seja, enquanto na dimensão produto e *marketing* a predominância é de inovações radicais, nas dimensões processo e organizacionais há um equilíbrio entre inovações radicais e incrementais.

A pesquisa demonstrou que apenas 31% das inovações implementadas nos hospitais pesquisados podem ser consideradas novas para o mercado; isto significa que das 35 inovações identificadas, apenas onze são novas para o mercado e a grande maioria, 69%, são novas somente para a organização. Destaca-se que apesar dos principais motivadores para as inovações de produto ser a demanda e o crescimento, a maioria destas inovações, 60%, é nova para a organização, sendo que somente 40% das inovações podem ser consideradas novas para o mercado. A Tabela 31 apresenta o resumo das inovações quanto à extensão e ao grau de novidade das inovações dos hospitais pesquisados.

Tabela 31 – Extensão e grau de novidade das inovações implementadas nos hospitais pesquisados

Extensão	Produto	Processo	<i>Marketing</i>	Organizacional	Quantidade	Percentual
Radical	9	4	4	6	23	65.7%
Incremental	1	6	0	5	12	34.3%
Total	10	10	4	11	35	100.0%
Organização	6	8	0	10	24	68.6%
Mercado	4	2	4	1	11	31.4%
Total	10	10	4	11	35	100.0%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Quadro 16 apresenta de forma sintética as respostas às questões formuladas aos representantes dos hospitais participantes da pesquisa durante a entrevista em profundidade.

Tipo	Hospital	Questão n°					
		1	2	3	4	5	6
		Inovação	Motivador	Como	Onde	Extensão	Novidade
Produto	H1	Ressonância Magnética de Campo Aberto	Demanda	Compra de equipamento	SADT	Radical	Mercado
	H1	Medicina Nuclear	Demanda	Compra de equipamento	SADT	Radical	Mercado
	H1	Criação do Hospital de Ensino	Crescimento	Título de hospital de ensino	Escola	Radical	Organizacional
	H1	Criação do Instituto do Câncer	Demanda	Novo conceito de tratamento quimioterápico	Oncologia	Radical	Mercado
	H1	Criação da UTSI	Demanda	Paciente UTI estabilizado passa para UTSI	UTI	Radical	Organizacional
	H2	Cirurgias Cardíacas	Atender ao plano de saúde próprio	Ampliação da estrutura própria	Cardiologia	Incremental	Organizacional
	H3	Cirurgias Cardíacas	Demanda	Credenciamento no ministério da saúde em alta complexidade	Cardiologia	Radical	Organizacional
	H3	Cirurgia Cardiopediátrica	Demanda	Parceria público-privada	Cardiologia	Radical	Mercado
	H4	Serviços Oncológicos Privados	Atender ao plano de saúde próprio	Ampliação da estrutura própria	Oncologia	Radical	Organizacional
H5	Criação do Plano de Acidente de Trabalho	Característica de atendimento - <i>Know How</i>	Criação de plano próprio	Atendimento	Radical	Organizacional	
Processo	H1	Sistema de Informática	Gestão	<i>Software</i> já existente	Todos	Incremental	Organizacional
	H2	Sistema de Informática	Gestão	Parceria para desenvolver <i>software</i>	Todos	Incremental	Organizacional
	H3	Sistema de Informática	Gestão	<i>Software</i> já existente	Todos	Incremental	Organizacional
	H1	Imagens dos Exames de Diagnóstico	Agilidade	Resultado dos exames na unidade de internação	Internação	Radical	Mercado
	H1	Código de Barras	Agilidade	Dose unitária com o nome do paciente	Farmácia	Radical	Mercado
	H2	Personalização do Atendimento	Humanização	Profissional cuida do paciente do início ao fim	Internação	Incremental	Organizacional
	H2	Acompanhante na CTI	Humanização	Permite que o familiar esteja ao lado do paciente	CTI	Incremental	Organizacional
	H3	Acolhimento ao Paciente	Humanização	Qualificação do paciente de acordo com a emergência	Pronto Socorro	Radical	Organizacional
	H4	Automatização de Exames Laboratoriais	Agilidade	Compra de equipamento	Laboratório	Incremental	Organizacional
	H6	Forma de Internação	Humanização	União das alas de internação	Internação	Radical	Organizacional
Marketing	H1	Exames de Diagnóstico em Horário não Comercial	Demanda	À noite com desconto (preço diferenciado)	SADT	Radical	Mercado
	H1	Convênio com Plano de Saúde	Sustentabilidade	Nº de leitos fixos e parceria	Internação	Radical	Mercado
	H1	Venda de Plano de Saúde Próprio	Sustentabilidade	Parceria com plano de saúde	Internação	Radical	Mercado
	H2	Troca do Nome do Hospital	Fortalecimento da marca	Criação de um logotipo único	Todos	Radical	Mercado
Organizacional	H1	Implantação do PGQP	Gestão	Termo de adesão	Todos	Radical	Organizacional
	H5	Implantação do PGQP	Gestão	Termo de adesão	Todos	Incremental	Organizacional
	H1	Acreditação Hospitalar	Gestão	Certificação	Todos	Radical	Organizacional
	H4	Acreditação Hospitalar	Gestão	Certificação	Todos	Incremental	Organizacional
	H1	Capacitação de Gestores	Gestão	Conceito de gestor	Todos	Radical	Organizacional
	H2	Capacitação de Gestores	Gestão	Gestor de negócio	Todos	Incremental	Organizacional
	H3	Capacitação de Gestores	Gestão	Perfil gerencial	Todos	Radical	Organizacional
	H2	Definição da Estrutura Organizacional	Gestão	Construção do organograma	Todos	Incremental	Organizacional
	H2	Metodologia de Gestão	Gestão	Metodologia de gestão	Todos	Radical	Mercado
	H4	Certificação <i>ISO 9000</i>	Gestão	Certificação	Todos	Incremental	Organizacional
H5	Certificação <i>ISO 9000</i>	Gestão	Certificação	Todos	Incremental	Organizacional	

Quadro 16 – Resumo das inovações identificadas pelos entrevistados

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema proposto para este trabalho não é alvo de muitas pesquisas no Brasil; da mesma forma que este fato é um grande limitador, percebe-se que, depois de concluída a pesquisa, surgem oportunidades para a realização de outras, a fim de colaborar com o desenvolvimento do conhecimento científico e influenciar, principalmente, a promoção de políticas públicas em prol da saúde.

No presente capítulo são apresentadas as conclusões e recomendações referentes a este trabalho de pesquisa. Na primeira seção retomam-se, de forma sucinta, as principais conclusões extraídas da análise e interpretação dos dados coletados; a segunda seção traz uma análise sobre o cumprimento dos objetivos estabelecidos; a terceira destaca as limitações da pesquisa; a quarta e última, apresenta as recomendações para trabalhos futuros.

5.1 CONCLUSÕES

Através de uma pesquisa com seis dos sete Hospitais que integram o Sistema de Saúde de Caxias do Sul, este estudo analisou as inovações implementadas pelos mesmos no período de 2005 até a data das entrevistas, conforme demonstrado no Quadro 5. Através do roteiro de entrevista, pré-validado com especialistas, foram entrevistados seis executivos dos Hospitais, sendo que no agendamento da entrevista foi exposta a importância da entrevista pessoal, individual e presencial, bem como seu objetivo e estimada sua duração.

Tendo em vista que os entrevistados poderiam não ter pleno conhecimento dos conceitos referentes ao assunto pesquisado, foram elaborados cartões contendo as definições constantes no Manual de Oslo (2005), o que facilitou, por parte dos entrevistados, o entendimento do que pode ser considerada uma inovação e suas dimensões. Tal fato ficou evidenciado nas entrevistas em profundidade, pois todos os entrevistados tinham bastante claros os conceitos sobre inovação.

Todos os Hospitais participantes da pesquisa demonstraram terem implementado alguma inovação no período pesquisado e foram trinta e cinco as inovações identificadas, o que representa uma média de 5,8 inovações por Hospital. O H1 foi o que apresentou o maior número, com catorze inovações, enquanto o H6 implementou somente uma inovação no período. Foram identificadas dez inovações do produto, dez de processo, quatro de *marketing* e onze organizacionais, representando 28,6% de produto, 28,6% de processo, 11,4% de *marketing* e 31,4% organizacionais. O Gráfico 1 evidencia estes dados.

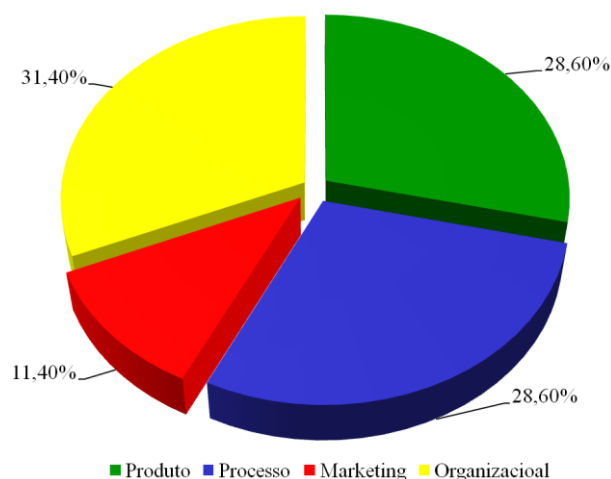


Gráfico 1 – Inovações Identificadas

Das sete inovações que tiveram recorrência, ou seja, foram implementadas em mais de um Hospital, quatro são inovações organizacionais e uma é inovação de processo, demonstrando que os Hospitais pesquisados estão preocupados em aprimorar as suas formas de gestão dos negócios.

Seis das dez inovações de produto tiveram a demanda como principal motivador, demonstrando que os Hospitais pesquisados investem na inovação de produto quando há uma necessidade do mercado em que atuam; entretanto essas inovações nem sempre são novas para o mercado, o que demonstra nestes casos um crescimento do mercado. Observando-se o grau de extensão, todas as inovações de produto são consideradas radicais.

As inovações de processos são motivadas pela humanização, agilidade e gestão, evidenciando que, para inovar em processos, os pesquisados buscam, principalmente, qualidade de atendimento e rapidez. A maioria destas inovações são consideradas incrementais e novas para a organização.

Todas as inovações em *marketing* foram classificadas como inovações radicais e novas para o mercado, tendo como motivadores a sustentabilidade, a demanda e fortalecimento da marca. As inovações em *marketing* foram as que tiveram o menor número de ocorrências no período pesquisado.

As inovações organizacionais têm como motivador a busca de uma melhoria na gestão dos Hospitais, sendo que na grande maioria das vezes são consideradas como novas para a organização, demonstrando que os Hospitais pesquisados valem-se de metodologias de gestão já difundidas no mercado, principalmente de programas de certificação como a ISO 9000, a Acreditação Hospitalar e o Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade.

A Figura 6 demonstra de forma detalhada as inovações identificadas, seus motivadores e os setores em que elas ocorreram.

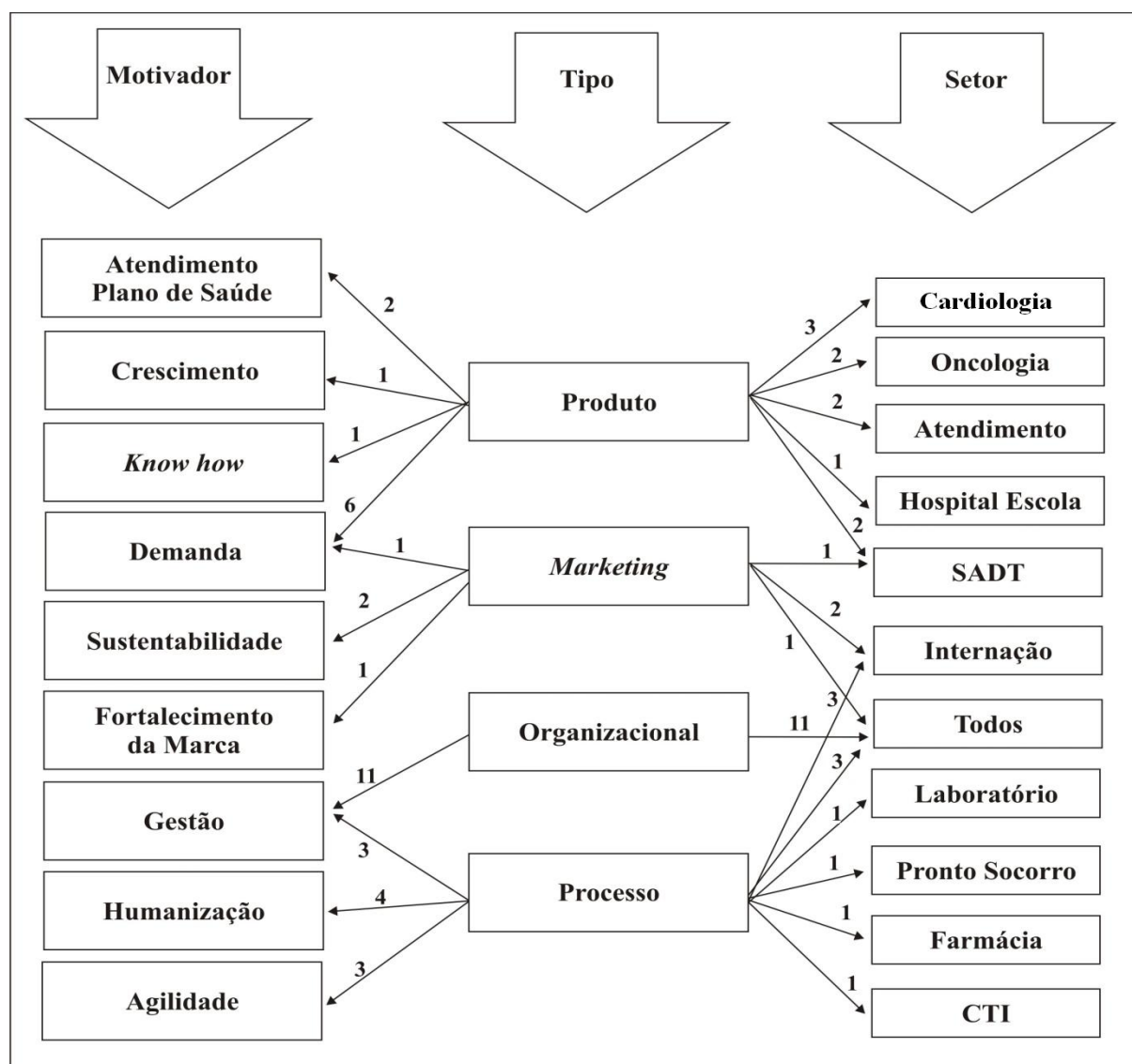


Figura 6 – Motivadores, tipo e setores das inovações dos hospitais pesquisados

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

A Gestão, a demanda, a humanização e a agilidade foram os motivadores de 80% das inovações identificadas nos hospitais pesquisados, sendo que a gestão é responsável por 40% delas. Os demais motivadores representam juntos 20% das inovações identificadas. O Gráfico 2 demonstra de forma detalhada os motivos que levaram os hospitais pesquisados a inovar.

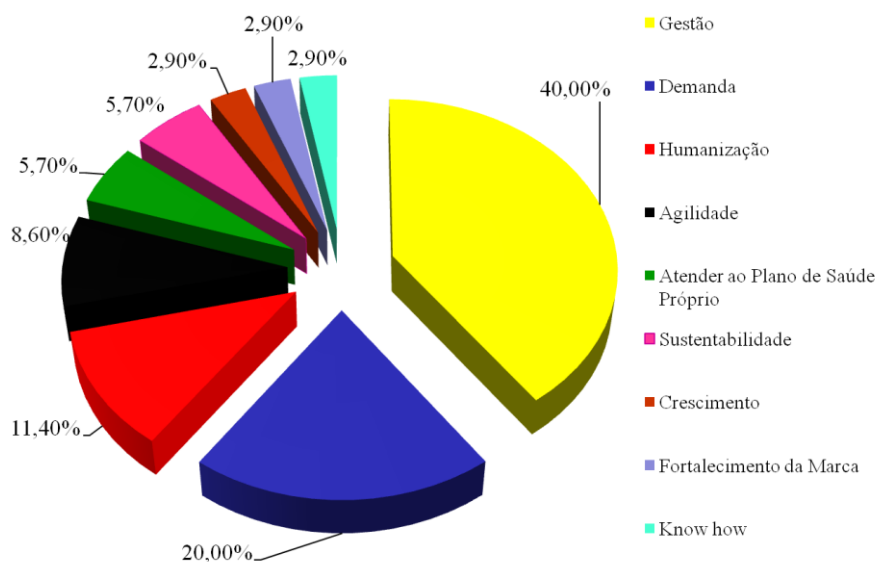


Gráfico 2 – Motivadores Das Inovações

Quanto aos setores inovadores verifica-se que 42,9% das inovações identificadas nos hospitais pesquisados foram implementadas em todos os setores da organização. A internação foi responsável por 14,3% das inovações identificadas, a cardiologia e SADT foram responsáveis individualmente por 8,6% das inovações identificadas. A oncologia e a UTI/CTI foram responsáveis, cada um deles, por 5,7% das inovações identificadas, sendo que os demais setores representam individualmente 2,9% das inovações identificadas. O Gráfico 3 evidencia discriminadamente os setores inovadores nos hospitais pesquisados.

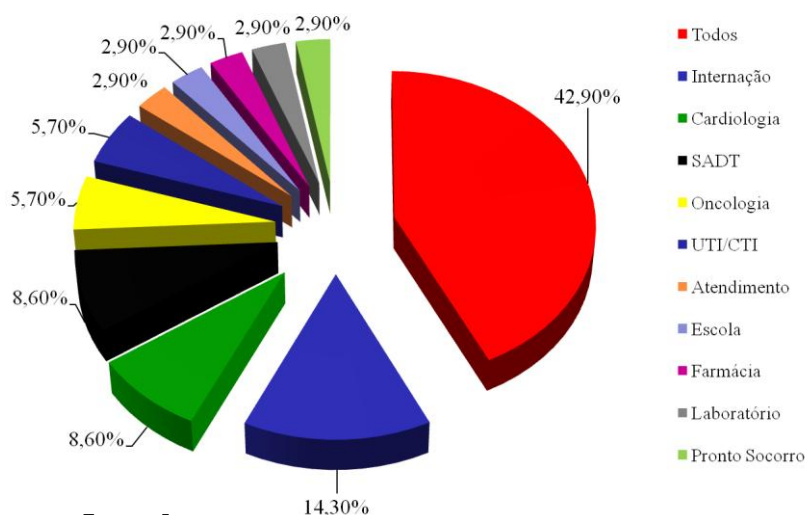


Gráfico 3 – Setores Inovadores

Nos hospitais pesquisados 65,7% das inovações identificadas foram classificadas como radical e 34,3% como incremental, sendo 68,6% delas novas para a organização e 31,40% novas para o mercado. O Gráfico demonstra as inovações identificadas quanto a extensão e grau de novidade.

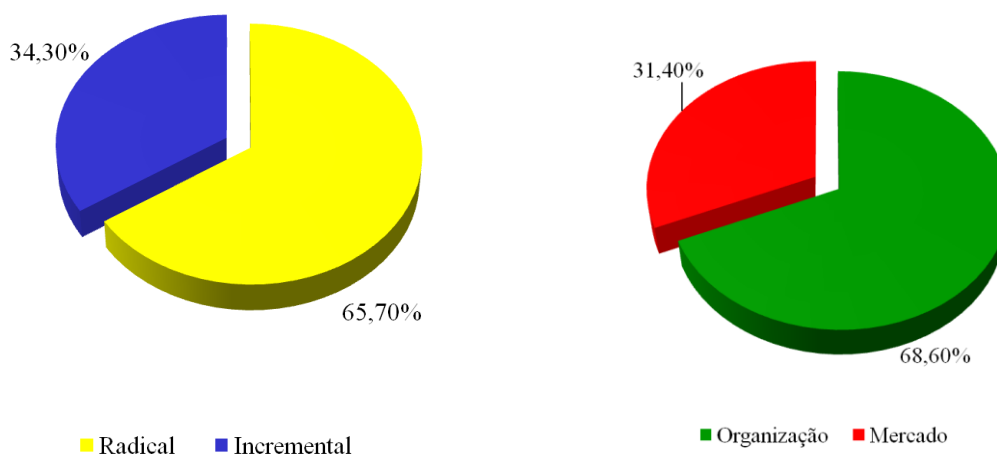


Gráfico 4 – Extensão e Grau de Novidade

5.2 DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

O objetivo geral da presente pesquisa consiste em identificar as inovações realizadas pelos Hospitais que integram o Sistema de Saúde de Caxias do Sul, no período compreendido entre os anos de 2005 até a data da entrevista. Buscando-se atender a este objetivo, foi realizada uma entrevista em profundidade com os administradores de seis Hospitais, sendo que o Hospital Unimed não se dispôs a participar do estudo.

Através da análise das respostas dos entrevistados, ficou evidenciado que os Hospitais implementaram, ao longo do período pesquisado trinta e cinco inovações, as quais foram detalhadas ao longo do Capítulo 4 deste trabalho e sintetizadas no Quadro 16. Sendo que, desta forma, o objetivo geral do trabalho foi atingido, tendo como limitação a não participação do Hospital Unimed, que inicialmente faria parte da pesquisa.

Para se alcançar o objetivo geral, primeiramente foi realizada uma pesquisa caracterizando-se o Sistema de Saúde Brasileiro e o Sistema de Saúde de Caxias do Sul; logo em seguida houve a pesquisa ao referencial teórico aprofundando-se os conceitos sobre

inovação. Também foram estabelecidos cinco objetivos específicos, os quais foram atendidos conforme demonstrado no Quadro 17.

Objetivo específico	Capítulo / Seção
Caracterizar os hospitais participantes da pesquisa	Capítulo 4, seção 4.1
Identificar quais os tipos de inovações que ocorrem nos Hospitais do SSCX	Capítulo 4, seção 4.2.2
Identificar motivadores das inovações	Capítulo 4, seção 4.2.2
Identificar como e onde ocorrem as inovações	Capítulo 4, seção 4.2.2
Verificar a extensão e o grau de novidade das inovações identificadas	Capítulo 4, seção 4.2.2

Quadro 17 – Objetivos específicos e atendimento do objetivo

Fonte: Elaboração própria com base nos questionários respondidos.

Portanto, o objetivo geral, bem como os objetivos específicos estabelecidos para este estudo foram atingidos, observando a limitação da pesquisa quanto à caracterização dos Hospitais participantes.

5.3 LIMITAÇÕES E LIÇÕES DA PESQUISA

Ao longo da pesquisa apresentaram-se algumas limitações, destacando-se principalmente a não participação do Hospital Unimed na população objeto da mesma; outra limitação foi a dificuldade na obtenção de informações quanto à caracterização dos atores integrantes da população pesquisada, inviabilizando estabelecer comparação entre os mesmos.

5.4 DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS

O escopo desta pesquisa teve como limite o Município de Caxias do Sul, sendo que a sua ampliação para os municípios de abrangência da Universidade de Caxias do Sul (UCS), da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, todo o Estado do Rio Grande do Sul ou, até mesmo, para outros Estados da União, possibilitando comparar as inovações realizadas pelos

Hospitais de Caxias do Sul com os demais, se apresenta como uma grande oportunidade de pesquisas futuras, pois as mesmas poderiam trazer informações relevantes para o Sistema de Saúde de Caxias do Sul, contribuindo para o seu desenvolvimento.

Outra oportunidade que se apresenta diz respeito ao desenvolvimento de uma pesquisa buscando evidenciar se as inovações nos Hospitais geram uma maior competitividade, aumento de receita e resultado e, ainda, ampliação da capacidade de atendimento.

O desenvolvimento de pesquisas sobre Inovação no Sistema de Saúde do Brasil, apresenta-se como uma oportunidade, buscando fomentar os gestores dos Hospitais e, principalmente, os gestores públicos na implantação de políticas públicas sobre a saúde.

REFERÊNCIAS

- AAKER, D. A; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 2004.
- AHMED, P. K. **Benchmarkin Innovation Best Practice**. European Centre of Total Quality Management. University of Bradford, UK, 2001.
- ALENCAR, E. M. L. S. **A gerência da criatividade**. São Paulo: Makron Books, 1997.
- AMABILE, T. M. **Creativity and innovation in organizations**. Harvard Business School, 1996, n. 5, p. 1-15.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa ed. 70. Lisboa, 2004.
- BESSANT, J. Challenges in innovation management. In: SHAVININA, L.V. (Org.), **The international handbook on innovation**. Oxford: Elsevier Science, 2003, parte X, c. 1.
- BRUNO-FARIA, M. F. **O processo criativo em indivíduos e grupos participantes de projetos inovadores**. Tese (Doutorado em Psicologia) – UnB, 2004, Brasília.
- BELL, G.; CALLON, M. **Réseaux technico-economiques et politiques scientifique et technologique**. STI Revue, n. 14, Paris, 1994. OCDE, p. 67-126.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica de Pós-Graduação em Sociologia Política da UFSC. Opinião Pública, Campinas, v. 2, n. 1(3), 2005, p. 68-80. Disponível em: http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pfd. Acesso em 04/02/2009.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em: 15/10/2007.
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. **Estabelecimento de Saúde**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4305102223570&VEstado=43&VCodMunicipio=430510. Acesso em: 08/01/2009.
- CALLON, M. The Dynamics of Techno-Economic Networks. In: COOMBS R., SAVIOTTI, P.; WASH, V. **Technological Changes and Company Strategies: Economical and Sociological Perspectives**. Londres: Harcourt Brace Javanovich Publishers, 1992.
- CARAYANNIS, E. G; GONZALEZ. E. Creativity and innovation = competitiveness? When, how and why. In: SHAVININA, L. V. (Org.), **The international handbook on innovation**. Oxford: Elsevier Science, 2003, parte VIII, c. 3.

_____.; _____.; WETTER, J. J. The nature and dynamics of discontinuous and disruptive innovations from a learning and knowledge management perspective. In: SHAVININA, L. V. (Org.), **The international handbook on innovation**. Oxford: Elsevier Science, 2003, parte II, c. 7.

CHESNAIS, F. **Science, technologie et compétitivité**. STI Revue, n. 1. Paris: 1986.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS – Avanços e Desafios. **CONASS Documenta**. 2006.

COOKE, P.; MORGAN, K. **The associational economy: firms, regions and innovation**, New York, Oxford University Press, 1998.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

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

DAVENPORT, T.; PRUSAK, L. **Working Knowledge**. EUA: HBS Press, 1998.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DOSI, G. “The nature of the innovative process” In: DOSI, Giovanni et al. **Technical change and economic theory**, London, Pinter, 1982.

DRUCKER, P. F. **Inovação e espírito empreendedor (entrepreneurship) Prática e princípios**. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1994.

_____. **Inovação e espírito empreendedor (entrepreneurship): prática e princípios**. 6. ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

DUNNING, J. **Regions, Globalization and the Knowledge-based economy** edited by John Dunning, Oxford, Oxford University Press, 2000.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

ESCORSA, P.; VALLS, J. The economics of technical change. **Cambridge Journal of Economics**, n. 18, 1994, p. 463-514.

_____. The national innovation systems in historical perspective. **Cambridge Journal of Economics**, v. 19, n. 1, 1995, p. 5-24.

_____. **Tecnologia i innovació a l'empresa: Direcció i gestió**. Barcelona. Edicions UPC, 1996, p. 15-42.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.

FITZSIMMONS, J. A. e FITZSIMMONS, M. J. **Administração de Serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. Porto Alegre, Bookman, 2001.

FONSECA, R. C. V. da. **Metodologia de trabalho científico**. 1. ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A, 2007.

FURTADO, A. T.; FREITAS, A. G. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Inovação – FINEP**, v. 3, n. 1, Jan-Jul, 2004.

GATES, R.; McDANIEL Jr., C. **Fundamentos de pesquisa de marketing**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

GATIGNON, H.; TUSHMAN, M. L.; SMITH, W. and ANDERSON, P. A Structural Approach to Assessing Innovation. **Management Science**, v. 48, n. 9, 2002, p. 1103-1122.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HADJIMANOLIS, A. The barriers approach to innovation. In: SHAVININA, L.V. (Org.), **The international handbook on innovation**. Oxford: Elsevier Science, 2003, parte VIII, c. 1.

HASEGAWA, M. H.; FURTADO, A. T. Em Direção de um Modelo de Criação e Circulação do Conhecimento em Redes de Inovação. XXVENAMPAD, **Anais**. Campinas. São Paulo, 16 a 19/set. 2001.

HAUSTEIN, H. D. Human resources, certainty and innovation. **Sixth World Congress of the International Economic Association**. México: 1980.

HELLEBUSCH, S. Don't read research by the numbers. **Marketing News**, v. 34, n. 19, 2000, p. 25.

HIGGINS, J. M. **Innovate or evaporate: Test & Improve Your Organization's IQ: Its Innovation Quotient**. New Management, 1995.

HOWELLS, J. R. L.; TETHER, B. S. Innovation in Services: Issues at Stake and Trends – A Report for the European Commission. INNO-Studies 2001: **Lot 3** (ENTR-C/2001).Brussels, 2004.

KLINE, S. & ROSENBERG, N. An overview of innovation. In: LANDAU, R. & ROSENBERG, N. (eds.). **The positive sum strategy**. National Academy of Press, Whashington, DC, 1986.

KOTLER, P.; FOX, K. F. A. **Administração de marketing**. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

KUCZMARSKI, T. D. *Innovation: Leadership Strategies for the Competitive Edge*. USA: *Inovação de produto: um estudo no setor do vestuário catarinense 1º Seminário de Branding e Design Gráfico* Management Review, 1996.

KÜPPERS, G.; PYKA, A. The Self-organization of Innovation Networks: introductory remarks. In: **Innovation Networks: Theory and Practice Cheltenham**, Edward Elgar Publishing, 2002.

LEIFER, R. et al. **Radical innovation: how mature companies can outsmart upstars**. Boston: HBSP, 2003.

LEMOS C. Inovação na Era do Conhecimento. IN: *Parcerias Estratégicas*, n. 8, maio, 2000, **Ministério de Ciência e Tecnologia**.

LIBERAL, C. G. Indicadores de ciência, tecnologia e inovação do Paraná: Um ensaio matricial, 2003, 86 f. **Dissertação** (Mestrado em Tecnologia e Desenvolvimento) – Programa de Pós-Graduação em Tecnologia – CEFET/PR, Curitiba, 2003.

LÜDKE M., MEDA, A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU; 1986.

LUNDVALL, Bengt-Ake. **National Systems of Innovation** – Toward a Theory of Innovation and Interactive Learning. A. Cassel Imprint: London, England, 1992.

MALHOTRA, N. K.; et al. **Introdução à pesquisa de marketing**. 1. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2005.

MANUAL OSLO – **The measurement of scientific and technological activities**. 2005.

MARINOVA, D.; PHILLIMORE, J. Models of innovation. In: SHAVININA, L.V. (Org.), **The international handbook on innovation**. Oxford: Elsevier Science, 2003, parte II, c. 3.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: edição compacta**. São Paulo: Atlas, 1996.

MCGUIRE, A.; HENDERSON, J. B. & MOONEY, G. **The economics of health: an introductory text**. London: Routledge and Kegan Paul, 1992.

MÉDICI, A. C. **Evolução da Estrutura do Sistema de Saúde**. Disponível em: <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/apresent.htm>. Acesso em: 10 out. 2007.

MENDES E. V. **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

MORCILLO, P. **La dimensión estratégica de la tecnología**. Barcelona. Ariel Economía, 1991, p. 23-84.

MOWERY, D. C.; ROSENBERG, N. **Technology and the pursuit of economic growth**. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

MULLER NETO J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Revista Saúde em Debate**, 1991, p. 31-66.

NELSON, R. (ed). **National innovation systems: a comparative analysis**. New York: Oxford University, 1993, p. 3-21.

_____. **Understanding Technical Change as an Evolutionary Process**. Lectures in Economics: Theory, Institutions, Policy. n. 8. North Holland, 1987.

_____; WINTER, S. **An Evolutionary Theory of Economic Change**. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, 1982.

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **Manual de Frascati**. Paris: 1981.

_____. **Technology and Economy – The Key Relationships**. Paris, 1992.

O’CONNOR, G. C.; HENDRICKS, R.; RICE M. P. Assessing transition readiness for radical innovation. **Industrial Research Institute**, v. 45, n. 6, November, 2002.

OLEA, P. M. **El sector sanitario público de Catalunya como sistema de innovación**. São Paulo: Blucher Acadêmico, 2008.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 1997.

OLIVEIRA, D. L. de. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Am Enfermagem**, 2005, maio-junho, p. 423-31.

OPAS/F. Kellog. Tendencias contemporaneas en la gestion de la salud: concepto sobre programación en los Sistemas Locales de Salud. In: **Série HSP-UNIR/MANUALES OPERATIVOS PALTEX**, 1996.

PAVON, J.; GOODMAN, R. **Proyecto Modeltec**. La planificación del desarrollo tecnológico. Madrid: CDTI-CSIC, 1981.

PEREIRA, J. P. C. N. et al. Estrutura do arranjo produtivo, da governança e competência coletiva como fatores da competitividade local: um estudo exploratório no município de Holambra-SP. Disponível em: <http://www.poli.usp.br/Organizacao/Departamentos/shownamedoc.asp?codpes=2086560>>. Acesso em: 8/10/2004.

PINTEC, **Pesquisa de inovação tecnológica**; Instrumento brasileiro de economia e estatística – IBGE, 2005.

PORTER, M. E. **The competitive advantage of nations**. London. Mc Millan, 1990, p. 73-93.

_____. **Estratégia Competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. Trad. Chistina Ávila de Menezes. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1998.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ROTHWELL, R. **Industrial innovation: success, strategy, trends**. In: Dodgson, M.; Rothwell, R. *The handbook of industrial innovation*. Cheltenham: Edward Elgar, 1995.

RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SÁNCHEZ, G. G. **Los procesos de innovación y los mercados**. *Alta Dirección*, n. 163, 1992, p. 277-282.

SCHUMPETER, J. A. **The theory of economic development**. Cambridge: Harvard University Press, 1912.

_____. **The Theory of Economic Development**. Cambridge. Harvard University Press, 1934.

_____. **Teoria do Desenvolvimento Econômico**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961. Tradução do *The Theory of Economic Development*. 6th printing, Harvard University Press, Cambridge, 1959.

_____. **Teoria do desenvolvimento econômico**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

_____. **Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e ciclo econômico**. Tradução de Maria Sílvia Possas. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

SILVA, A. B. da; GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R. **Pesquisa qualidade em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SKINNER, D.; TAGG, C.; HOLLOWAY, J. Managers and research: the pros and cons of qualitative approaches. **Management Learning**, v. 31, n. 2, 2000, p. 163-179.

STARFIELD B. State of art on research in equity. **J Health Polit Policy Paw**, 2006. p. 31-32.

SUNDBO, J. Innovation and strategic reflexivity: an evolutionary approach applied to services. In: SHAVININA, L.V. (Org.), **The international handbook on innovation**. Oxford: Elsevier Science, 2003, parte II, c. 6.

SURIS, M. J. La empresa industrial española ante la innovación tecnológica. Barcelona. **ESADE**, 1989, p. 57.

TIDD, J. **Innovation management in context: Environment, organization and performance**. *International Journal of Management Reviews*, 3(3), 2001.

TIDD, J.; BESSANT, J.; PAVITT, K. **Gestão da Inovação – Interação das mudanças tecnológicas, de mercado e organizacionais**. Monitor Lda: Portugal, 2003.

_____.; _____. **Managing Innovation: Integrating Technological, Market and Organizational Change**. 3. ed. Chichester: West Sussex, England, John Wiley & Sons, 2005.

UCHUPALANAN, K. Competition and IT-based innovation in banking services. **International Journal of Innovation Management**, v. 4, n. 4, 455-489, 2000.

VIOTTI, E. Indicadores de inovação tecnológica: fundamentos, evolução e sua situação no Brasil. In: Projeto indicadores de competitividade em cadeias produtivas (rede MDCI/IBQP-PR), Curitiba, **Programa Fórum da Competitividade**, 2001, p. 30.

_____. **Fundamentos e Evolução dos Indicadores de CT&I**. In: VIOTTI, E. M.; MACEDO, M. M. (org.) Indicadores de Ciência, Tecnologia e Inovação no Brasil. Editora Unicamp. Campinas, 2003.

YAMAUCHI, V. **A gestão do conhecimento e a inovação Organizacional na construção civil**. Curitiba, 2003. 9p. Dissertação (Mestrado em Construção Civil) Programa de Pós-Graduação em Construção Civil, Setor de Tecnologia, UFPR.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**/ Roberto Yin; trad. Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WOLCOTT, H. F. **Transforming qualitative data: description, analysis, and interpretation**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

WEBER, R. P. **Basic content analysis**. Newbury Park: Sage, 1990.

World Health Organization. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

_____. **World Health Statistics**. Geneva: WHO, 2006.

APÊNDICE I

CONCEITOS UTILIZADOS NA PESQUISA

A partir da primeira definição geral de INOVAÇÃO por Schumpeter (1912), muitos outros autores se concentraram na definição de inovação.

O presente estudo utiliza os conceitos do Manual de Oslo (2005), por ser um instrumento que tem por objetivo fixar diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação, fazendo parte de uma série de publicações da Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento – OECD, uma instituição intergovernamental composta por 30 países.

Inovação

É a implementação de um novo produto (bem ou serviço) ou significativamente melhorado, ou de um processo, ou um novo método de *marketing*, ou um novo método organizacional na prática de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas.

Inovação de Produto

É a introdução de um bem ou serviço novo ou significativamente melhorado no que concerne a suas características ou usos previstos. Incluem-se melhoramentos significativos em especificações técnicas, componentes e materiais, *softwares* incorporados, facilidade de uso ou outras características funcionais.

A inovação de produtos no setor de serviços pode incluir melhoramentos importantes no que diz respeito a como eles são oferecidas, a adição de novas funções ou características em serviços existentes, ou a introdução de serviços inteiramente novos.

Inovação de Processo

É a implementação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado. Incluem-se mudanças significativas em técnicas, equipamentos e/ou *softwares*. Visam reduzir custos de produção ou de distribuição, melhorar a qualidade, ou ainda produzir ou distribuir produtos novos ou significativamente melhorados.

Inovação de *Marketing*

É a implementação de um método de *marketing* com mudanças significativas na concepção do produto ou em sua embalagem, no posicionamento do produto, em sua promoção ou na fixação de preços.

São voltadas para melhor atender às necessidades dos consumidores, abrindo novos mercados, ou reposicionando o produto de uma empresa no mercado, com o objetivo de aumentar as vendas.

Inovação Organizacional

É a implementação de um método organizacional nas práticas de negócio da empresa, na organização de seu local de trabalho ou em suas relações externas, que não tenham sido usadas anteriormente na empresa e que seja resultado de decisões estratégicas tomadas pela gerência.

Visa à melhoria do desempenho de uma empresa por meio da redução de custos administrativos ou de custos de transação, estimulando a satisfação no local de trabalho, ganhando acesso a ativos não transacionais (conhecimento externo não codificado) ou reduzindo os custos de suprimentos.

APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Considerando os objetivos gerais e específicos do estudo e os conceitos apresentados:

Hospital: _____

Entrevistado: _____

Cargo que exerce na organização: _____

Perfil do entrevistado:

1) O Hospital introduziu no mercado alguma inovação a partir de 2005 a presente data?

- 1.1) Inovação de produto (bem e serviço)
- 1.2) Inovação de processo
- 1.3) Inovação de *marketing*
- 1.4) Inovação organizacional

2) Por que ocorreram estas inovações (motivadores)?

3) Como estas inovações ocorreram (P&D, aquisição de tecnologia)?

4) Onde estas inovações ocorreram (setor da organização)?

5) Estas inovações são novas ou significativamente melhorados (radical ou incremental)?

6) Estas inovações são novas para organização ou para o mercado?