



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Departamento de Administração

ANA CLARA ARAÚJO CÔRTE

**INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: estudo sobre os determinantes de  
uma inovação adotada em uma clínica hospitalar**

Brasília – DF

2014

ANA CLARA ARAÚJO CÔRTE

**INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: estudo sobre os determinantes de  
uma inovação adotada em uma clínica hospitalar**

Monografia apresentada ao Departamento de  
Administração como requisito parcial à  
obtenção do título de Bacharel em  
Administração.

Professor Orientador: Dr. Antonio Isidro da  
Silva Filho

Brasília – DF

2014

**ANA CLARA ARAÚJO CÔRTE**

**INOVAÇÃO EM SERVIÇOS: estudo sobre os determinantes de  
uma inovação adotada em uma clínica hospitalar**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão  
do Curso de Administração da Universidade de Brasília da aluna

**Ana Clara Araújo Côrte**

Prof. Dr. Antonio Isidro da Silva Filho  
Professor-Orientador

Profa. Dra. Marina Figueiredo Moreira  
Professora-Examinadora

Profa. Msc. Sueli Menelau  
Professora-Examinadora

Brasília, 19 de Novembro de 2014.

Dedico este estudo aos meus pais Dione Côrte e Kelson Côrte, meus exemplos para toda a vida.

## *AGRADECIMENTOS*

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, aos meus irmãos e à minha irmã, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao Fernando pelo carinho e cumplicidade ao longo de todos esses anos.

Ao meu orientador Antonio Isidro da Silva Filho, que me deu auxílio durante a realização deste trabalho.

A instituição e aos funcionários entrevistados que tornaram possível a efetiva conclusão desta pesquisa.

## RESUMO

Uma empresa que adota uma inovação se depara com diversas mudanças que surgem decorrentes deste processo. Pesquisadores têm estudado a dinâmica das inovações em serviços, especificamente em serviços de saúde, no intuito de compreender os fatores que afetam o processo de inovação nas organizações de saúde. Assim, este estudo descreve os determinantes da adoção de uma inovação apoiada em Tecnologia de Informação e Comunicação em uma clínica que presta serviços de atendimentos hospitalares. A pesquisa, de natureza qualitativa, foi baseada em oito entrevistas e analisou barreiras, facilitadores, benefícios e desafios da clínica na adoção do Prontuário Eletrônico do Paciente. As barreiras que tiveram mais destaque foram a falta de maturidade com o sistema e a quantidade insuficiente de suporte técnico. Já o facilitador principal foi o comprometimento da alta administração. O benefício mais relevante foi a segurança da informação do paciente. Por fim, os desafios identificados são no sentido de desenvolver inovações de melhoria no sistema e de adquirir competência para manusear o prontuário.

**Palavras-chave:** Inovação em serviços; Inovação em hospitais; Prontuário Eletrônico do Paciente.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Representação Geral do Sistema de Inovação. ....	20
---	----

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Descrição dos Modos de Inovação .....	21
Quadro 2 – Modelo de Análise dos Componentes de um Serviço	
Quadro 3 - Descrição das Lógicas de Inovação .....	23
Quadro 4 - Descrição das Trajetórias de Inovação.....	24
Quadro 5 – Intermediários dos Serviços Constituintes da Clínica.....	22
Quadro 6 – Determinantes da Inovação. ....	40
Quadro 7 – Operações de Serviço Mobilizadas para a Introdução do Prontuário Eletrônico do Paciente.....	



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DF – Distrito Federal

ONA – Organização Nacional de Acreditação

OS – Ordem de Serviço

PEP- Prontuário Eletrônico do Paciente

TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	11
1.1	Contextualização .....	11
1.2	Formulação do problema .....	13
1.3	Objetivo Geral.....	13
1.4	Objetivos Específicos.....	13
1.5	Justificativa.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO .....	15
2.1	O setor de serviços.....	15
2.2	Inovação em serviços .....	16
2.3	Inovação em serviços hospitalares .....	23
2.3.1	Prontuário Eletrônico do Paciente .....	24
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	27
3.1	Tipo e descrição geral da pesquisa.....	27
3.2	Caracterização da organização .....	28
3.3	Participantes do estudo.....	29
3.4	Caracterização dos instrumentos de pesquisa .....	29
3.5	Procedimentos de coleta e de análise de dados .....	29
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	32
4.1	Serviços da Clínica .....	32
4.2	Implantação do PEP .....	33
4.3	Determinantes da inovação .....	35
4.4	Modos, trajetórias e lógicas da inovação .....	39
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	41
	REFERÊNCIAS .....	43
	Apêndice A – Roteiro de entrevista semi-estruturada para empregados.....	48

# 1 INTRODUÇÃO

Nesta seção introdutória será apresentada a contextualização do tema de estudo, bem como a formulação do problema, seguida da apresentação do objetivo geral e específicos que conduziram esta pesquisa e, por fim as justificativas que reforçam a relevância do estudo.

## 1.1 Contextualização

O setor de serviços obteve relevância dentro dos estudos de inovação nos últimos anos. O foco principal dos estudos sobre inovação era os produtos, porém estudos recentes investigam o gerenciamento da inovação nos serviços (DJELLAL; GALLOUJ, 2001). Essa mudança se deu em função da crescente importância das atividades de serviços nas principais economias do mundo. Como consequência tem-se a geração de empregos, produtividade, criação de conhecimento e adoção de inovações (OECD, 2005; SALUNKE, WEERAWARDENA; MCCOLL-KENNEDY, 2011). A expansão do setor de serviços tem despertado o interesse de pesquisadores no sentido de compreender as dinâmicas dessas atividades e as relações deste setor com os demais setores econômicos (VARGAS, 2006). O setor de serviços tem se tornado um dos maiores utilizadores de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) nos últimos anos, processo que modificou toda a análise do setor e fez surgir novas oportunidades de pesquisa (GALLOUJ, 1998).

Empresas que utilizam TIC sofrem diversas mudanças no ambiente de trabalho, como paradigmas de gestão, produção e prestação de serviços, uma vez que a demanda por qualidade é cada vez maior, assim como de diversidade e personalização de bens materiais e imateriais (ZARIFIAN, 2001). O advento das TIC repercute em mudanças rápidas em todos os campos industriais e transforma o processo produtivo (VARGAS; ZAWISLAK, 2006). Segundo Vargas (2007), as organizações mais flexíveis encontram seus diferenciais competitivos na capacidade de se adaptar às drásticas e constantes transformações da sociedade. Ainda segundo o mesmo autor, as organizações além de ter o domínio de uma determinada tecnologia, precisam ter alta capacidade de aprendizagem e precisam ser focadas em suas competências para proporcionar diferenciação em relação à concorrência. Para

Lemos (1999), inovação pode ser vista como um grande diferenciador entre empresas. Ele afirma que aquela que tem maior capacidade de inovar é a de maior sucesso.

No caso desta pesquisa, especificamente, é estudada a dinâmica da inovação nos serviços hospitalares. Isidro-Filho (2010) afirma parecer indiscutível a necessidade de organizações hospitalares e os demais tipos de organização do setor de saúde adotarem TIC para a prestação de seus serviços. Diante da concorrência hospitalar advindo da grande atividade desse setor, tornou-se imprescindível ter um diferencial nos serviços, portanto as instituições de saúde observaram uma necessidade de se administrar melhor e desenvolver inovações em seus serviços.

A escolha dos serviços hospitalares como objeto deste estudo se deve ao fato de ser um setor privilegiado para a análise da dinâmica da inovação, pois permite observar as diversas atividades de serviços e, portanto, dos processos de inovação (VARGAS, 2006). Os serviços hospitalares podem ser considerados como um conjunto de atividades que compõe um produto global e ajuda no desempenho da atividade principal, a assistência médica. Essa composição, que resulta no serviço hospitalar, aponta a multiplicidade de fontes e oportunidades de inovação que se podem vislumbrar no bojo da organização hospitalar (VARGAS, 2006). Este mesmo autor afirma que os serviços hospitalares são um lócus privilegiado para observação das lógicas de serviço definidas por Gadrey (2000).

O presente estudo analisou as inovações inicialmente a partir dos conceitos de Schumpeter (1934). Em seguida, estendeu-se para as teorias de inovações em serviços (DJELLAL; GALLOUJ, 2005; GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997). Nesse sentido, a inovação em serviços pode ser considerada a partir de três diferentes abordagens (GALLOUJ; SAVONA, 2009): a abordagem tecnicista, associada à inovação em serviços com o uso e adoção de tecnologia; a abordagem baseada em serviços, que procura enfatizar as singularidades dos serviços; e finalmente a abordagem integradora que visa reconciliar produtos e serviços em um mesmo marco analítico da inovação. A perspectiva aqui adotada é a abordagem integradora, que “procura valorizar as especificidades das atividades de serviços, evitando uma postura simplificadora ou reducionista, sem deixar de lado a riqueza do que há de comum e complementar e que, portanto, associam as atividades de serviço às demais atividades produtivas, sobretudo às industriais, com as quais os serviços se veem cada vez mais imbricados” (VARGAS, 2006, p.15).

## **1.2 Formulação do problema**

A geração de valor dos serviços em que foram adotados TIC deve-se a compreensão dos efeitos dessa tecnologia sobre a produtividade e a qualidade dos serviços (DJELLAL e GALLOUJ, 2005). Diante da importância de organizações hospitalares adotarem inovações na dinâmica de seus serviços e considerando a complexidade inerente às relações de serviços hospitalares, o presente estudo pretende responder a seguinte questão: como se deu a adoção do PEP em uma clínica que presta serviços de atendimentos hospitalares?

## **1.3 Objetivo Geral**

O objetivo geral do trabalho é descrever os determinantes da adoção do PEP em uma clínica que presta serviços de atendimento hospitalares.

## **1.4 Objetivos Específicos**

Com base no objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a dinâmica dos serviços desta clínica;
- Determinar barreiras e facilitadores da inovação;
- Descrever benefícios e desafios da inovação;
- Apontar a ocorrência de modos, lógicas e trajetórias de inovação na experiência da clínica.

## **1.5 Justificativa**

A inovação em serviço tem sido preocupação crescente de estudos acadêmicos, à medida que a importância dos serviços aumenta nas economias desenvolvidas (LIMA;

VARGAS, 2012). Entretanto, no âmbito da inovação em serviços verifica-se uma lacuna acadêmica (CHEN et al., 2011), ainda há certa dúvida em relação à forma de abarcar e compreender os melhores processos na prática. Assim novos estudos sobre inovações em serviços são importantes para entender mais claramente o que é a inovação em serviço e como mensurá-las.

Thankur e Hale (2013) apontam a importância de determinar barreiras e fatores que favorecem a inovação em serviços, dessa forma esta pesquisa se preocupa em investigar esses determinantes. A escolha dos serviços hospitalares para a investigação desse problema justifica-se não apenas pela nobreza e amplitude de sua missão como também pela aparente escassez de estudos relacionados à adoção de inovações tecnológicas na área de saúde (PEREZ; ZWICKER, 2010). De acordo com Fleuren, Wiefferink e Paulussen (2004), há consenso entre pesquisadores quanto ao caráter complexo e dinâmico das inovações em serviços de saúde. Assim, a compreensão de inovação em toda sua amplitude contribui para identificar fatores que afetam o processo de inovação e seus efeitos sobre as organizações hospitalares. O PEP constitui ferramenta de fundamental importância para os estudiosos e tem grande valia para os gestores das organizações hospitalares. Por isso entende-se que há uma necessidade de ampliar sua compreensão como integrantes de modelos de negócios.

Os estudos na área de inovação em serviços estão predominantemente fundamentados na abordagem tecnicista (GALLOUJ; SAVONA, 2009). No entanto, há uma tendência de direcionamento para a abordagem integradora. Esta pesquisa se insere nesta abordagem teórica que representa uma tendência nos estudos da área de inovação em serviços. A abordagem integradora é a mais promissora e agregadora e direciona uma teoria mais balanceada de inovação capaz de superar a materialidade tecnológica que permeia os estudos na área (GALLOUJ; SAVONA, 2009).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor compreensão do trabalho dividiu-se o referencial teórico em três partes. Na primeira parte é apresentado o conceito de serviços; em seguida os estudos a respeito da adoção de inovações em serviços; a terceira parte aborda inovações em serviços hospitalares.

### 2.1 O setor de serviços

Apesar da visão tradicional de que o setor de serviços é pouco inovador e menos dinâmico que outros setores, a realidade é que os serviços são muito inovadores, são direcionadores de conhecimento, e impulsionadores do crescimento (OECD, 2005). O setor de serviços ocupa posição de destaque para o crescimento da economia (ELCHE-HOTELANO, 2011). Mais que qualquer outra esfera da economia, o setor de serviços é caracterizado pela multiplicidade de competição e ambiguidade de referências (GALLOUJ, 1998a).

Há consenso entre pesquisadores que a definição do conceito de serviços não é fácil, devido à diversidade de suas atividades e processo de produção de resultados. Gallouj (2007) concorda com esse posicionamento ao defender que existe uma grande dificuldade para se mensurar o conceito de serviços. Trata-se de um setor heterogêneo, onde um serviço é distinto do outro, e ainda assim, são classificados no mesmo setor. Segundo Gadrey (2001), diversos autores apontam para características semelhantes dos serviços, pois estes possuem uma dinâmica única e deve ser compreendida na sua abrangência e especificidade.

Gadrey (2000) ressalta que serviço pode ser definido como sendo imaterial, não podendo estocá-lo nem transportá-lo e pode ser concebido como o resultado da cooperação e interação entre o produtor e o cliente. Nesse sentido, são quatro os atributos que distinguem produtos de serviços: intangibilidade, heterogeneidade, inseparabilidade, e decaimento (GADREY, 2000; GALLOUJ, 1998b; GALLOUJ, 2002; GALLOUJ e SAVONA, 2009).

Hill (1977) conceitua serviços e Gadrey (2000) complementa este conceito no chamado “triângulo da prestação de serviços”, no qual o serviço envolve necessariamente uma relação entre o fornecedor e o cliente e gera uma mudança em um determinado meio. Serviço é um conjunto de atividades prestadas por um fornecedor (B) para um cliente (A) em um meio (C),

ocorrendo mudança neste meio (C) (GADREY, 2000). Dessa forma, serviço é organizar os componentes (A), (B) e (C) para a solução de um problema; e inovações em serviços são as diversas maneiras que se podem organizar os componentes para a solução de novos problemas (GADREY; GALLOUJ; WEINSTEIN, 1994).

Cada vez mais o setor de serviços avança como o principal gerador de empregos no setor produtivo das novas economias (GADREY, 2001), cenário que contribui para tornar a inovação em serviço uma questão de grande relevância. Alinhados com essa tese, Gallouj e Weinstein (1997) afirmam que o aumento do papel exercido pelas atividades de serviço nos sistemas produtivos têm tornado o tema inovações em serviços, um aspecto fundamental no campo social e econômico.

## **2.2 Inovação em serviços**

Inovar é um dos fatores chave para o desenvolvimento das organizações (CASALI; SILVA; CARVALHO, 2010). De acordo com Elche-Hotelano (2011), o ambiente competitivo e a introdução de inovações são fundamentais para a sobrevivência da firma.

Um dos primeiros a estudar inovação foi Schumpeter (1934) em seu livro Teoria do Desenvolvimento Econômico, que definiu inovação como um ato radical que envolve a introdução de um novo elemento ou novas combinações de elementos antigos nos serviços. Esse autor afirma que o empreendedor ou empresário inovador, é o agente econômico que introduz uma mudança ou uma inovação. Ele é o responsável pela introdução de novas combinações que agregam valor aos produtos e serviços, servindo de direcionador do desenvolvimento econômico e do sucesso empresarial. Em seu estudo, Schumpeter (1934) fez a distinção entre cinco categorias distintas de inovação: inovação de produtos, inovação processual, inovação organizacional, inovação de mercado e inovação de novos materiais.

A maioria dos estudos na área foi iniciada por volta da década de 1970, os também chamados trabalhos neoschumpeterianos. Como apontam Gallouj e Savona (2009), existem três principais abordagens teóricas que versam sobre inovação em serviços: a abordagem tecnicista, a abordagem baseada nos serviços e a abordagem integradora.

A abordagem tecnicista tem como marco teórico o modelo desenvolvido por Barras em 1986 que ficou conhecido como “ciclo reverso do produto”. O principal argumento dessa abordagem é o de que a inovação em serviços é feita a partir da adoção de tecnologias de



informação desenvolvidas na indústria, especialmente pelo setor de produção de bens de capital (VARGAS, 2007). Barras (1986) sustenta que a inovação em serviços percorreria um ciclo diferente do esperado nas inovações tecnológicas, e ocorreria em três fases:

- Primeira fase: a introdução de nova tecnologia ao invés de causar impacto radical e lucros extraordinários, como esperado por Schumpeter, levaria somente a pequenos aumentos da eficiência na prestação de serviços já existentes, ou seja, seria apenas uma fase inicial de inovações incrementais destinadas à melhoria da eficiência;
- Segunda fase: as inovações ainda seriam incrementais, mas já seriam aplicadas para melhorar a qualidade dos serviços;
- Terceira fase: a tecnologia auxiliaria a geração de novos serviços ou recombinações de serviços já existentes.

A abordagem tecnicista representou grande avanço em relação ao tema. Esse modelo possui o mérito de ter sido o primeiro a explicitamente buscar a construção de uma teoria da inovação em serviços (GALLOUJ, 1997). Porém, o modelo praticamente se restringe ao setor industrial e não contempla a geração de inovações não tecnológicas (GALLOUJ, 1998), não se estabelecendo como uma teoria de inovação em serviços.

A reação ao enfoque tecnicista dos estudos de Barras deu início a uma nova linha de trabalho sobre inovação em serviços (VARGAS, 2006). Esta abordagem foca nas especificidades do serviço, procurando centrar sua análise na definição de trajetórias intangíveis dos serviços, a qual pode ser relacionada com modalidades específicas de inovações nos serviços (GALLOUJ, 1994). A ideia central desse enfoque é que a relação usuário-produtor oferece oportunidades para a inovação de um serviço maior que qualquer inovação tecnológica que venha a ser adotada (HAUKNES, 1998).

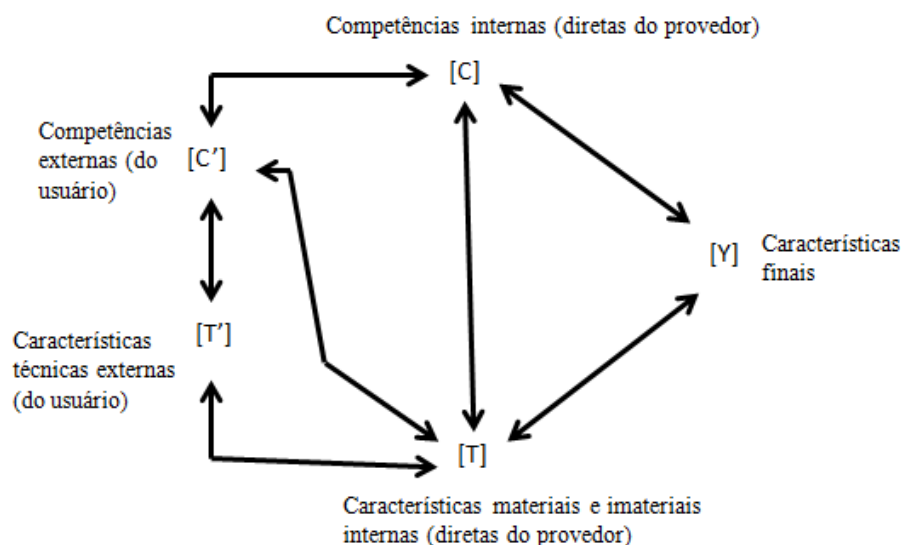
Assim, baseados nas evidências empíricas Sundbo e Gallouj (1998) demonstram alguns tipos de inovações identificadas em serviços, quais sejam:

- Inovação de produto: relacionada com o fornecimento de um novo serviço;
- Inovação de processo: relacionada com a modificação de procedimentos para produzir ou prestar um serviço, seja de *back-office* ou *front-office*;
- Inovação organizacional: relacionada com a introdução de nova forma de gerenciamento e organização;
- Inovação de mercado: relacionada com a alteração de mercado.

A abordagem baseada em serviços foi se afastando da tipologia schumpeteriana para classificar as inovações pela absoluta dificuldade de se diferenciar produto e processos nas atividades de serviços. Esta abordagem propõe uma modalidade especial de inovação. Hauknes (1998) afirma que a inovação em serviço poderia considerar o usuário do serviço como uma importante fonte de informação e aprendizagem. Surgindo assim um novo tipo de inovação, denominada inovação adocrática, a qual seria o resultado de um processo de resolução de problemas do usuário por meio da co-produção.

A abordagem integradora propõe uma visão de produtos e serviços sob uma mesma teoria da inovação. Ela proporciona um modelo de análise que pode ser utilizado tanto para as inovações em produtos quanto em serviços, convergindo os fatores comuns existentes entre produtos e serviços. Estabelecem-se características funcionais que possam ser extensivas a bens e serviços e, a partir delas, tipologias das inovações que permitam abrigar indústria e serviços. Gallouj (2002) diz ser possível definir modelos e trajetórias de inovações em serviços observando as características tangíveis e intangíveis de usuários, de provedores e dos serviços.

Gallouj e Weinstein (1997) caracterizam serviços a partir de um conjunto, no qual Djellal e Gallouj em 2012 expandiram esse conjunto  $[(C),(C'),(T),(T'),(Y)]$  e a inovação em serviços é a mudança afetando um ou mais vetores das características do serviço. Os vetores representam as competências do cliente  $C'$ , competências do prestador do serviço  $C$ , características materiais e imateriais do prestador  $T$ , características técnicas do usuário  $T'$  e características do serviço finais percebidas pelo usuário do serviço  $Y$ .



**Figura 1** - Representação geral do sistema de inovação  
**Fonte:** Adaptado de Djellal e Gallouj (2012)

Essas mudanças são provocadas por uma variedade de mecanismos básicos: evolução ou variação, surgimento ou desaparecimento, associação ou desassociação nos vetores que representam os serviços. Nesse contexto, os autores definem seis modos de inovação:

- **Inovação radical:** é a criação de produtos totalmente novos, com características distintas dos produtos anteriores e que precisam de competências diferentes. Ocorre quando todos os vetores do sistema são transformados;
- **Inovação de melhoria:** resulta da alteração, para melhor, de alguma das características do produto, sem alterar o sistema como um todo. Representa uma melhoria de determinada característica, porém sem modificar a base de vetores;
- **Inovação incremental:** quando uma nova característica ou competência para a produção do produto for adicionada, eliminada ou substituída. Caracterizada pela adição ou eliminação de elementos sem mudar a configuração do conjunto, mas gerando mudança;
- **Inovação adocrática:** pode ser definida como uma nova solução para um problema do cliente seja de natureza jurídica, estratégica, social ou técnica.
- **Inovação por recombinação:** está relacionada com a criação de novos produtos a partir de diferentes combinações de características ou produtos existentes em novos usos;
- **Inovação por formalização:** representa a formatação e a padronização de características técnicas e de competências, atribuindo certo grau de materialidade ao serviço.

<b>MODOS DE INOVAÇÃO</b>	
<b>Autor: Gallouj e Weinstein (1997)</b>	
<b>Variável</b>	<b>Definição</b>
<b>Inovação radical</b>	Gera um produto totalmente novo.
<b>Inovação de melhoria</b>	Alteração, para melhor, de certas características sem alterar o sistema como um todo.
<b>Inovação incremental</b>	Uma nova característica ou competência para a produção do produto for adicionada, eliminada ou substituída.
<b>Inovação adocrática</b>	Solução para um problema de um determinado cliente.
<b>Inovação por recombinação</b>	Reutilização sistemática de certos elementos ou componentes do serviço.
<b>Inovação por formalização</b>	Formatação e a padronização de características técnicas e de competências, atribuindo certo grau de materialidade ao serviço.

**Quadro 1** - Descrição dos Modos de Inovação

**Fonte:** Elaborado a partir de Gallouj e Weinstein (1997)

Outro modelo que pertence à abordagem integradora de inovação em serviços é o modelo proposto por Djellal e Gallouj (2005) que estudaram as atividades hospitalares e desenvolveram um quadro analítico sobre inovação nesse setor que apresenta uma diversidade grande de serviços. O esquema proposto consiste em uma representação simplificada da decomposição funcional do serviço, a qual permite descrever as operações de serviço que são acionadas quando um processo produtivo está em curso. Os autores propõem um modelo onde os serviços são compostos de quatro variáveis: os constituintes de serviço (Si); os meios pelos quais os serviços são entregues (M-materiais, I-informacionais, K-conhecimento, R-relacionais); as características do serviço (Y); e as competências envolvidas (C).

<b>Serviços Constituintes</b>	<b>Competências Mobilizadas</b>	<b>Intermediários do Serviço</b>				<b>Características e Utilidades finais do Serviço</b>
Si	C	M	I	K	R	Y
S1						
S2						
Sn						

**Quadro 2** – Modelo de análise dos componentes de um serviço

Fonte: Djellal e Gallouj (2005), p. 822.

A inovação se forma a partir de mudanças estruturais nos componentes (C), (M), (I), (K), (R) ou (Y), e permite identificar as trajetórias de inovação em curso, bem como as lógicas de inovação praticadas. Baseada na verificação minuciosa das operações de serviços e das trajetórias de inovação correspondentes permita identificar o que os autores denominam como lógicas de inovação. Portanto, além dos seis modos de inovação (GALLOUJ e WEINSTEIN, 1997), os estudos de Djellal e Gallouj (2005) propõem quatro lógicas que definem a inovação em serviços, conforme Tabela 1, quais sejam:

- Lógica extensiva: é verificada pela adição de serviços elementares e consiste no aumento dos serviços ofertados;
- Lógica regressiva: está associada à supressão de serviços elementares com vistas a uma melhoria do serviço global ofertado. Geralmente, essa lógica é identificada em processos de terceirização de atividades em busca de melhoria na oferta dos serviços;

- Lógica intensiva: se refere a intervenções sobre as operações de serviço e sobre as competências do prestador do serviço. Sob essa lógica, a partir das atividades de inovação podem seguir cinco trajetórias de serviço diferentes, quais sejam:
  - Trajetória material: associada à adoção de inovações tecnológicas. Podem advir da indústria de equipamentos médico-hospitalares ou da indústria farmacêutica. Está presente também nas inovações tecnológicas introduzidas em outros serviços elementares como, por exemplo, na hotelaria, na limpeza, na segurança etc.;
  - Trajetória informacional: está representada pela evolução das TICs. Pode ser observada não apenas nos serviços de processamento de informação, mas em todos os serviços elementares;
  - Trajetória metodológica: está relacionada pelo desenvolvimento e utilização de métodos de tratamento do conhecimento. A introdução de certificação de qualidade, de conhecimento codificado, por exemplo, protocolos de atendimento;
  - Trajetória “pura” de serviço: está associada com inovações verificadas em serviços independentemente de qualquer intermediações técnicas. Resulta de inovações introduzidas a partir da mobilização direta de competências;
  - Trajetória relacional: consiste na introdução de novas formas de interação entre o usuário do serviço e o provedor do mesmo.
- Lógica combinatória: consiste na combinação das lógicas anteriores.

<b>LÓGICAS DE INOVAÇÃO</b>	
<b>Autor: Djellal e Gallouj (2005)</b>	
<b>Variável</b>	<b>Definição</b>
<b>Lógica extensiva</b>	Adição de serviços no serviço global ofertado.
<b>Lógica regressiva</b>	Eliminação de serviços no serviço global ofertado.
<b>Lógica intensiva</b>	Mudanças em componentes internos ou externos pela adição de novas competências.
<b>Lógica combinatória</b>	Associação ou desassociação dos serviços existentes.

**Quadro 3** - Descrição das Lógicas de Inovação  
**Fonte:** Elaborado a partir de Djellal e Gallouj (2005)

<b>TRAJETÓRIAS DE INOVAÇÃO</b>	
<b>Autor: Djellal e Gallouj (2005)</b>	
<b>Variável</b>	<b>Definição</b>
<b>Trajatória material</b>	Associada à adoção de inovações tecnológicas
<b>Trajatória informacional</b>	Evolução dos sistemas de informação e comunicação.
<b>Trajatória metodológica</b>	Desenvolvimento e utilização de métodos de tratamento do conhecimento.
<b>Trajatória de serviço puro</b>	Inovações em serviços independentemente de meio tecnológico.
<b>Trajatória relacional</b>	Introdução de novas formas de interação entre o usuário de serviço e o provedor do mesmo.

**Quadro 4** - Descrição das Trajetórias de Inovação  
**Fonte:** Elaborado a partir de Djellal e Gallouj (2005)

A partir da literatura sobre inovação em serviços trazida aqui, a base conceitual de inovação adotada neste trabalho segue a linha da abordagem integradora. Essa abordagem é considerada promissora em termo de avanço teórico, uma vez que supera a distinção entre bens e serviços (GALLOUJ; SAVONA, 2009). Conciliam-se bens e serviços quando se trata de inovação, pois se entende que há oportunidades para enriquecimento mútuo (GALLOUJ, 2002). Portanto, uma integração adequada não deve ignorar as especificidades dos serviços ou interessar-se por aspectos puramente tecnológicos da inovação em serviços, representando uma tendência de direcionamento de pesquisas. Este trabalho se baseia, ainda, nas definições dos modos de inovações segundo Gallouj e Weinstein (1997) e nas definições de Djellal e Gallouj (2005) para as lógicas e trajetórias que definem a inovação.

## 2.3 Inovação em serviços hospitalares

As organizações de serviços em saúde são organizações integradas à economia de serviços e com o avanço da sociedade da informação utilizam, cada vez mais intensamente, TIC na gestão de seus processos de trabalho e nas atividades inerentes à relação entre provedor e usuário na produção e oferta do serviço hospitalar (FARIAS et al, 2011). As organizações hospitalares estão inseridas em um contexto complexo, pois todas as suas condições estão subordinadas à ética e à legalidade, além de estarem sob normas de políticas de saúde e governamentais, competindo como empresas de serviços em cenários globalizados (CARVALHO et al, 2011). Portanto, as clínicas e os hospitais também precisam de inovações em produtos que alterem o padrão dos serviços prestados, conforme explorado por Isidro-Filho, Guimarães e Perin (2011).

A estrutura das organizações de serviços em saúde é composta de conjuntos divergentes e atividades complexas que abrangem desde o atendimento inicial ao paciente (entrada na instituição), os procedimentos que serão executados sejam eles cirúrgicos, exames laboratoriais ou tratamentos contínuos até a saída do paciente, gerando faturamento e procedimentos administrativos. Administrar um hospital ou uma clínica privada implica em trabalhar entre os extremos humanistas e administrativos. A nobreza e a amplitude da missão de uma organização hospitalar tornam crítico o aspecto do setor para a sociedade, por isso estas organizações precisam ser bem administradas e possuir gestores qualificados. Oferecer melhor qualidade, com menor preço e menor custo, deve ser a meta de todo administrador hospitalar. Ter eficiência e buscar o lucro no setor de saúde pode gerar conflitos, sendo um desafio constante equilibrar os interesses financeiros com a qualidade do atendimento.

Djellal e Gallouj (2005) apontam quatro enfoques sobre os quais os hospitais podem ser vistos como objeto de estudo sobre inovação em serviços. No primeiro enfoque associa o hospital à ideia de funções de produção, em que os hospitais são firmas como quaisquer outras, sujeitas às diferentes variáveis econômicas e sociais, que podem mobilizar e combinar diferentes recursos de produção para a criação de um produto. O segundo enfoque compreende os hospitais como um conjunto de capacidades tecnológicas e biofarmacológicas, que introduzem e desenvolvem inovações tecnológicas e medicinais. Sob o terceiro enfoque associa os hospitais à noção de sistemas de informação, considerando os hospitais como organizações sujeitas aos efeitos das TIC em termos de suas relações com os novos paradigmas informacionais. Finalmente, o quarto enfoque considera o hospital como provedor

e distribuidor de serviços de saúde, e como organização que presta outros serviços além da assistência à saúde (alimentação, transporte, manutenção etc).

Cada um desses serviços hospitalares responde a diferentes estímulos para inovar, está circunscrito a diferentes normas e expectativas e possui, potencialmente, múltiplos atores (VARGAS, 2006). Os serviços hospitalares como campo de pesquisa é pertinente pelo caráter desses serviços, ele interage com uma série de atores dentro e fora do hospital que podem influenciar os serviços prestados. Dessa forma podem-se perceber diferentes lógicas.

Nos últimos anos a adoção de sistemas de qualidade no setor de saúde está basicamente ligada ao crescimento do custo para assistência hospitalar (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002). Tem ocorrido um processo lento e gradual de informatização nos hospitais e clínicas de saúde. A administração moderna necessita de inovações como instrumento para avaliar e controlar informações referentes ao funcionamento hospitalar e serviços prestados, de forma a melhorar o atendimento e acompanhamento do paciente. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é uma das inovações que tem sido adotada por hospitais, como parte desse movimento de introdução de TIC, com a finalidade de obter ganhos de eficiência e de eficácia na gestão dessas organizações (FARIAS et al, 2011).

### 2.3.1 Prontuário Eletrônico do Paciente

As TICs aplicadas à saúde, em particular ao PEP, incluem as informações relativas à assistência prestada ao indivíduo, como diagnósticos, exames e prescrições de medicamentos. Além disso, o PEP inclui também o registro de informações sócio-econômicas referentes ao paciente que possam interferir na sua história clínica. Estas informações, agrupadas em um único local, independentemente de onde ou por quem foi prestada a assistência, permitirão aos profissionais o compartilhamento das informações e sua transformação em conhecimento que possam, além de melhorar a assistência prestada, permitir a troca de experiência entre os profissionais, a avaliação de condutas em casos clínicos semelhantes e a tomada correta de decisão que venham trazer mais efetividade, eficiência e resolutividade no cuidado de cada paciente (MOURÃO; NEVES, 2007).

O Institute of Medicine define o PEP como um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como *links*



para bases de conhecimento médico. Por sua vez, o Conselho Federal de Medicina, no Artigo 1º da Resolução de nº 1.638/2002, define o PEP como sendo um documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, utilizado para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (BRASIL. CFM).

O PEP deve também ter sua versão impressa devido à credibilidade que a mesma dá ao serviço prestado pelo médico. Para que essa credibilidade seja alcançada pelo PEP, há necessidade de que entidades tais como o Conselho Federal de Medicina, certifiquem os *softwares* de gestão hospitalar existentes e analisem se os requisitos mínimos são respeitados. O PEP é atualmente o principal recurso de registro e recuperação de informações de pacientes em substituição aos tradicionais meios de registro baseados em papel e filme (HAUX, 2006). De um modo geral, há um consenso sobre as vantagens do prontuário eletrônico em relação ao prontuário em papel, uma vez que o primeiro evita a deterioração, a perda ou adulteração da história clínica, a duplicação de prescrições terapêuticas e de exames, com redução de custos (MOURÃO; NEVES, 2007). O prontuário em papel apresenta algumas desvantagens: não é acessível à distância; só pode estar em um único lugar a cada tempo; sua pesquisa é lenta; e os sistemas administrativos – como faturamento e agendamento- requerem esforço manual de integração.

A migração dos prontuários em suporte tradicional para o eletrônico introduziu várias mudanças no contexto da saúde (tanto para os profissionais, como para os clientes e também para os gestores de serviços de informação das organizações de saúde), embora a sua finalidade principal continue sendo: possibilitar o fluxo de informação e comunicação intra e entre a equipe de saúde e o paciente; favorecer a continuidade da assistência; oferecer segurança ao paciente e a equipe de saúde; constituir documento de base para a pesquisa; servir de apoio ao ensino dos profissionais de saúde, sendo, também, de grande valia para o gerenciamento de informações sobre saúde (VAN GINNEKEN; MOORMAN, 1997), KLÜCK; GUIMARÃES; AMBROSINI, 2002).

O uso do PEP permite que diferentes grupos de pessoas (médicos, enfermeiros, profissionais de apoio e assistentes sociais) usem os mesmos sistemas, até mesmo em longas distâncias, visando o melhor atendimento aos pacientes. O PEP pode ser considerado um sistema poderoso de apoio, para dar suporte ao cuidado à saúde, garantindo a melhoria da qualidade de informação, facilitando o acesso aos dados, permitindo a assistência com foco no paciente, disponibilizando seus dados clínicos através de registros eletrônicos acessíveis,

seguros e altamente úteis (MOURÃO; NEVES, 2007), além de permitir melhor planejamento de gastos da assistência hospitalar e economia de espaço.

Mas o uso também é permeado de fraquezas relevantes: falta de integração de sistemas, lenta adoção da tecnologia de informação, resistência ao uso de novas tecnologias e redesenho de processos e o impacto no relacionamento com o paciente (PEREZ e ZWICKER, 2010). A efetiva implantação e utilização desse tipo de tecnologia na área de saúde requer cooperação entre as pessoas, bem como o envolvimento dos médicos, enfermeiros, assistentes sociais e demais profissionais da área.

A implantação do PEP demanda esforço e engajamento de todos os profissionais envolvidos no processo. Damberg et al. (2009) e Walker e Carayon (2009) identificaram que o comprometimento da alta administração e dos profissionais das equipes de adoção influencia positivamente a adoção de inovações por mobilizarem o apoio e a aprendizagem dos demais profissionais da instituição.

Dentre os empecilhos que impedem a implantação do PEP, estão o alto custo para a implantação dessa ferramenta e a necessidade de treinamento dos profissionais que terão acesso ao mesmo, além do investimento em segurança a fim de garantir o sigilo das informações dos usuários (GONÇALVES et al, 2013). A capacitação dos profissionais e a maturidade técnica de um equipamento podem dificultar a adoção do PEP (BOADEN; JOYCE, 2006).

Apesar das dificuldades o PEP melhora o acesso e a qualidade das informações, traz segurança tanto ao paciente quanto aos profissionais de saúde, facilita o monitoramento do paciente, levando, desta forma, à uma melhor qualidade na assistência prestada ao indivíduo (MOURÃO; NEVES, 2007).

### **3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA**

Nesta seção são apresentadas as estratégias metodológicas que orientaram a pesquisa. A seguir tem-se a descrição geral da pesquisa, caracterização da organização, participantes do estudo, caracterização do instrumento de pesquisa, e por fim, procedimentos de coleta e de análise de dados.

#### **3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa**

O presente trabalho é um estudo descritivo de caso que analisa diversos aspectos envolvidos na inovação adotada em uma clínica de serviços hospitalares. A abordagem da presente pesquisa é qualitativa, pois este tipo de abordagem, segundo Godoy (2006), tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental, valorizando o contato direto do pesquisador com o ambiente e a situação estudada. A natureza da pesquisa é empírica, e o método utilizado é o de estudo de caso, pois este permite uma investigação mais aprofundada da implantação na clínica. De acordo com Yin (2001), o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos como é o caso desse trabalho. No âmbito desse trabalho, o estudo de caso foi realizado através de levantamento bibliográfico e aplicação de entrevista com gerentes que participaram da implantação da inovação. A pesquisa foi realizada em uma área da saúde onde, de acordo com Mourão e Neves (2007), há pouco conhecimento acumulado e sistematizado: a área de informática e, mais especificamente, o PEP.

### **3.2 Caracterização da organização**

A organização escolhida para realização do estudo foi uma clínica privada de médio porte localizado em Brasília (DF), que será denominado Clínica Saúde para preservar a identidade da organização. A clínica dedica-se ao tratamento oncológico, além de assistir pacientes de outras especialidades que precisam de tratamento medicamentoso, mas dispensam internação. A clínica tem como valores o compromisso com o paciente/cliente, a excelência, a integridade, a credibilidade, a confiança, a ética, o espírito de equipe e a sustentabilidade. A clínica tornou-se em 2010 o primeiro serviço de oncologia acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) nas regiões Centro-Oeste, Norte, Nordeste e Sul, além de ser primeira clínica acreditada no Distrito Federal. Em 2011, foi mais uma vez o primeiro, com a obtenção da Acreditação Plena – segundo de três níveis outorgados pela ONA. E, em 2012, celebrou a conquista da Acreditação com Excelência – nível 3.

Seu corpo clínico é formado por 39 especialistas em diversas áreas, quais são: Oncologia, Estomologia, Hematologia, Cirurgia, Corpo Gestor, Psicologia, Cirurgia Plástica, Mastologia, Enfermagem, Farmácia Clínica, Onco Hematologia Pediátrica e Nutrição. O câncer não é uma única doença, trata-se de um grupo de patologias, com uma equipe multidisciplinar investindo no relacionamento com o paciente, a clínica previne uma série de demandas posteriores. O câncer é uma doença em que os aspectos emocionais pesam bastante, por isso a clínica oferece um espaço para obter informação e dialogar sobre a doença. A clínica tem mais de 700 metros quadrados da sede, local onde foi feita esta pesquisa, e além da sede a Clínica Saúde contém três unidades em Brasília (DF).

A clínica foi escolhida por prestar serviços complexos e com diferentes especialidades e por isso seria possível perceber uma inovação adotada há mais de um ano, critério estabelecido por se entender que é preciso de pelo menos um ano para obter as informações sobre a inovação e seus efeitos sobre as pessoas e a organização estudada. A inovação adotada pela clínica e escolhida para fazer parte desse estudo foi o PEP, implantado desde janeiro de 2012. O PEP é um sistema onde são armazenadas as informações a respeito do paciente. Ele tem como função ajudar no processo de atendimento, servindo como fonte de informação clínica e administrativa para tomada de decisão.

### **3.3 Participantes do estudo**

Os responsáveis pela adoção do PEP na Clínica Saúde foram: diretoria; gerente administrativo, que ocupou a função de gerente do projeto; gerente de TI; e seis gerentes de setores chaves da clínica. Para esta pesquisa foi possível entrevistar oito pessoas: o gerente do projeto; o gerente de TI; e os seis gerentes chaves da clínica (recepção, enfermagem, farmácia, financeiro, faturamento e autorização de convênios), que serviram como multiplicador das informações sobre o sistema para os demais funcionários do seu setor.

Dos oito participantes do estudo, cinco são mulher e três são homens, todos com formação superior, com média de idade de 32 anos e com, pelo menos, três anos de tempo de serviço na clínica. As entrevistas com o gerente do projeto e o gerente de TI duraram em média 40 minutos. E as entrevistas com os demais gerentes duraram em média 20 minutos. Dessa forma foi possível identificar as percepções dos funcionários que planejaram a implantação do PEP, e dos funcionários que vivenciam com a ferramenta no seu dia a dia.

### **3.4 Caracterização dos instrumentos de pesquisa**

No presente trabalho utilizou-se como instrumentos de coleta de dados a entrevista e a pesquisa documental. As entrevistas foram semiestruturadas com o objetivo de permitir que o entrevistado expressasse seu ponto de vista de forma mais livre possível (FLICK, 2004). O roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) foi elaborado a partir de Vargas (2006) e Isidro-Filho (2010) com algumas adaptações a fim de atender aos objetivos desse estudo. O roteiro contém itens sobre características dos entrevistados e da clínica; e sobre a inovação escolhida adotada pela clínica, tais como descrição e funções da inovação, setores e profissionais envolvidos, barreiras e facilitadores da adoção da inovação, benefícios e desafios.

### **3.5 Procedimentos de coleta e de análise de dados**

No primeiro semestre de 2014 foi feito contato pessoal com a diretora da clínica, onde foi mostrado interesse de realizar uma pesquisa acerca de uma inovação hospitalar naquela

instituição para se elaborar um trabalho de conclusão de curso. No segundo semestre de 2014, foi feito um contato com a mesma diretora via *email*, solicitando a participação da clínica nesta pesquisa. O *email* foi respondido positivamente e a clínica se colocou a disposição para auxiliar no que fosse necessário. Em seguida, foi feito contato via *email* com o Gerente de TI e o Gerente do projeto onde foi exposto a temática e o objetivo do trabalho. Nos *emails* seguintes foi anexado o roteiro de entrevista e agendado o dia da coleta de dados. Depois de iniciada as primeiras entrevistas foi feito contato direto com os gerentes dos diferentes setores e agendadas as outras entrevistas individuais.

As entrevistas foram realizadas nos meses de setembro e outubro de 2014, no próprio local de trabalho dos entrevistados. Inicialmente foram expostos os objetivos do trabalho. Em seguida foi requerida a autorização para que a entrevista fosse gravada, garantida a privacidade e confidencialidade dos dados, para permitir uma posterior análise mais detalhada das informações. A coleta documental foi feita por meio da página virtual da empresa, onde foram coletados os dados sobre a instituição que foram necessários.

Os procedimentos de análise se baseiam na tentativa de confrontar as evidências coletadas com o marco conceitual proposto. O presente trabalho utiliza-se como técnica de análise de dados a análise de conteúdo como sugere Bardin (2009), baseada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, os dados foram sistematizados e organizados baseados nos objetivos da pesquisa, no intuito de fundamentar a interpretação final dos resultados. Na exploração do material, os dados foram codificados conforme as variáveis do roteiro de entrevista. E finalmente, no tratamento dos resultados a interpretação dos dados foi confrontada com a literatura e alinhada com os objetivos da pesquisa.

Os procedimentos executados foram: escolha dos participantes da pesquisa; aplicação da entrevista; leitura flutuante das entrevistas, onde o áudio das entrevistas foi ouvido e foram registrados os principais conteúdos e principais falas que apareceram; e por fim, os elementos foram interpretados e classificados confrontando com a literatura.

O PEP foi submetido a quatro tipos de consideração. Primeiro, foi analisado os determinantes, ou seja, as barreiras, os facilitadores, os benefícios e os desafios para a clínica após a adoção do PEP. Em seguida o PEP foi identificado, com base nos modos de inovação relatados por Gallouj e Weinstein (1997). Foram analisados quais os vetores que ocorreram mudanças e dessa forma pôde-se classificar a inovação em inovação radical se gerado um produto totalmente novo. Inovação de melhoria se tiver ocorrido uma alteração, para melhor, de certas características sem alterar o sistema como um todo. Inovação incremental se uma

característica ou competência para a produção do produto for adicionada, eliminada ou substituída. Inovação adocrática se foi uma solução para um problema de um determinado cliente. Inovação por recombinação se tiver ocorrido a reutilização sistemática de certos elementos ou componentes do serviço. E inovação por formalização se a inovação veio formatar e padronizar características técnicas e competências, atribuindo certo grau de materialidade ao serviço.

Posteriormente, com base nas lógicas de inovação definidas por Djellal e Gallouj (2005), cada inovação foi associada a uma dessas lógicas, como forma de identificarmos, em seu conjunto, a trajetória de inovação percorrida pelos hospitais. Se a inovação correspondia à introdução de um novo serviço, era identificada como de lógica extensiva. Inovações que resultavam em mudanças nas operações de serviço, sem que houvesse a introdução de um novo serviço, foram identificadas como de lógica intensiva. As inovações que resultaram na redução de serviços, como em processos de terceirização, por exemplo, foram associadas à lógica regressiva. Finalmente, quando a inovação resultava da combinação dessas lógicas, identificamos a presença da lógica de inovação combinatória. As lógicas de inovação permitem analisar as trajetórias seguidas em cada grupo de hospitais e se constituíram no elemento central de nossa comparação entre os diferentes grupos identificados.

E por fim, com base no procedimento de decomposição funcional Djellal e Gallouj (2005), quais operações de serviço foram mobilizadas para modificar o serviço proposto, podendo assim traçar a trajetória da inovação. Para tanto, os serviços elementares envolvidos foram analisados segundo o esquema de análise do produto e da inovação em serviços hospitalares apresentado no Quadro 2. Assim, se a inovação correspondia à introdução de um novo equipamento, ela era associada à mobilização de uma operação material. Se a inovação foi caracterizada pela introdução de um novo sistema de informação, identificamos o uso de uma operação de serviço informacional. A adoção de procedimentos padronizados, resultantes de um método específico levou à identificação de operações metodológicas, ao passo que inovações baseada em novas formas de relacionamento com os clientes/usuários, ou mesmo com o corpo clínico, foram identificadas como operações relacionais. Quando mais de uma operação de serviço foi mobilizada no processo de inovação, a descrição deste procurou destacar o papel de cada operação de serviço na configuração do caso.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com os resultados das entrevistas foi possível descrever barreiras, facilitadores, benefícios e desafios da Clínica Saúde após a adoção do PEP. A clínica analisada migrou da utilização de sistemas isolados para sistemas integrados e o caso permitirá analisar como foi o processo de implantação.

### **4.1 Serviços da Clínica**

Os serviços prestados pela Clínica Saúde foram analisados a partir dos modelos de Gallouj e Weinstein (1997) e Djellal e Gallouj (2005). Portanto constata-se que um serviço é um processo constituído de competências, intermediários e utilidades finais. Os intermediários do serviço são os componentes tecnológicos (M), os informacionais (I), de conhecimento (K) e os relacionais (R).

A clínica presta serviços para atendimento ambulatorial, oncologia, hematologia, onco-hematologia pediátrica, cirurgia geral, cirurgia plástica reconstrutora, mastologia, infectologia, estomatologia, nutrição e psicologia. Além do tratamento oncológico, eles assistem pacientes de outras especialidades que precisam de tratamento medicamentoso, mas dispensam internação.

A Quadro 5 consiste em caracterizar os intermediários dos serviços constituintes da clínica. Os serviços foram separados em Assistência Médica e de Enfermagem, Recepção, Hotelaria, Atendimento nutricional e psicológico, Limpeza e Assistência Administrativa.



Serviços Constituintes	Intermediários do Serviços			
	Si	M	I	K
Assistência Médica e de Enfermagem	•Computador •Código de barra •Equipamentos de emergência •Instrumentos de enfermagem •Sistema de refrigeração	•Dados armazenados no PEP •Resultados de exames •Dados relatados pelos pacientes	•Protocolos •Cursos •Palestras •Treinamentos •Pesquisas •Estudo de Caso	•Consultas •Assistência aos efeitos da medicação •Parceria com médicos •Marcação de medicação
Recepção	•Computador	•Dados armazenados no PEPE		•Agendamento de consultas •Plano de saúde •Laboratórios e clínicas
Hotelaria	•Box privativo •Suite •Jardinagem •Lanche	•Instruções		•Atender as necessidades dos pacientes
Assistência complementar	•Computador	•Informações relatadas pelos pacientes •Conhecimento na área	•Protocolos •Cursos	•Atendimento nutricional •Atendimento psicológico
Limpeza	•Materiais de limpeza	•Instruções		•Atender as necessidades dos pacientes
Assistência administrativa	•Computador	•Dados do PEP •Dados financeiros •Dados contábeis	•Cursos	•Fornecedores de medicamentos •Fornecedores de materiais correntes

**Quadro 5** – Intermediários dos serviços constituintes da Clínica

## 4.2 Implantação do PEP

Anteriormente à implantação do PEP, a clínica utilizava há oito anos um sistema que informatizou alguns processos. No entanto, este sistema era isolado, não havendo comunicação e integração entre os setores da clínica. As informações não estavam sempre disponíveis e os processos não eram ágeis. O corpo clínico tinha o “*desejo de ter as informações do paciente em maior quantidade e em melhor qualidade*” (Entrevistado 1). Eles tinham interesse em mudar devido aos seguintes aspectos:

- Processos integrados;
- Padronização das rotinas;
- Custo alto em guardar os papéis físicos;

- Sustentabilidade;
- Segurança da informação;
- Agilidade;
- Acesso à informação em qualquer lugar.

Optou-se pela aquisição e implantação de um sistema totalmente novo que suprisse as necessidades e integrasse todos os processos da área fim com os da área meio. Na busca de um parceiro que atendesse aos requisitos da clínica, foram pré-selecionados três fornecedores. O fornecedor escolhido integra todos os processos assistenciais, administrativos e financeiros com rotinas específicas.

O maior diferencial frente aos outros sistemas é que o sistema escolhido tem um *know-how* voltado para oncologia. Ele é bastante flexível podendo customizar os processos para atender às necessidades da Clínica Saúde. O Entrevistado 1 explicou que *“o sistema pode ser uma estrutura que se adequa ao que você tem. (...) Você pode parametrizar ele (...), colocar as suas particularidades no software”*.

Para essa parametrização relatada, alguns técnicos da empresa fornecedora do PEP passaram um período na Clínica Saúde, implantando o sistema e desenvolvendo as rotinas em parceria com a empresa. Optaram pela estratégia de treinar os gerentes de cada setor de forma que esses replicassem o treinamento aos outros usuários, permitindo assim o ganho de escala e a aceleração do processo. Cada gerente multiplicador mapeou os processos do seu setor junto com os técnicos, depois foi feita uma análise de aderência e em seguida a parametrização colocando as particularidades da clínica ao sistema. Depois dos treinamentos intensivos, onde foram tiradas as dúvidas e analisadas as funcionalidades da ferramenta, foi realizado um teste piloto para viabilizar o uso do sistema. Inicialmente o uso ocorreu em paralelo com os outros sistemas existentes, e hoje eles são mantidos apenas para consultas, quando necessário.

O PEP engloba as diferentes fases do processo, desde a entrada do paciente na instituição, a prescrição médica, sua medicação, seus gastos e o seu pagamento. Qualquer compra (medicamentos / materiais) é registrada desde a entrada destes produtos, baixas em estoque, pagamentos e recebimentos. O sistema possui uma funcionalidade de automação através de código de barras, onde é possível ter a certeza de que o remédio correto está sendo aplicado na dose precisa para o paciente certo. Os processos permitem absoluta

rastreabilidade, que se traduz, por exemplo, na identificação do caminho percorrido por uma medicação desde a entrada na instituição até a administração no paciente.

O cuidado com os quimioterápicos tem ampla justificativa. Alterações nas condições da medicação podem comprometer sua eficácia. Quando chegam à Clínica Saúde, os remédios são checados em vários aspectos, tais como: prazo de validade e temperatura de conservação. Em seguida, são armazenados em sistemas inteligentes de refrigeração com gerador próprio.

Atualmente, o PEP encontra-se totalmente implantado em todos os setores desde janeiro de 2012. O PEP só não abrange a parte de Recursos Humanos (departamento pessoal, recrutamento e seleção etc). Mas a clínica têm mecanismos para solucionar este problema e integrá-lo com o PEP, posteriormente, se for o caso.

### **4.3 Determinantes da inovação**

Observou-se que a inovação foi adotada para melhorar a assistência e desempenho da clínica estudada. As barreiras da implantação do PEP foram definidas como variáveis individuais e organizacionais que afetam negativamente sobre a adoção da inovação (ISIDRO-FILHO, 2010). Para se obter benefícios do PEP é preciso saber usá-lo, ou seja, a capacitação dos profissionais inseridos diretamente na utilização das novas ferramentas é necessária para tornar o seu uso eficiente (GONÇALVES ET AL., 2013). Dentre as barreiras relatadas pelos gerentes entrevistados, a que foi citada por todos os setores foi o desconhecimento do funcionamento da inovação devido à sua complexidade e falta de habilidade com o *software*. Mesmo tendo sido feitos treinamentos com o fornecedor do PEP, os usuários da ferramenta ainda tiveram dificuldades no entendimento do sistema. O Entrevistado 2 reforça “*Houve muita dificuldade até começar (...) e quando começou a operar a máquina que eles viram a realidade. Porque lá no treinamento tem alguém o tempo todo te mostrando e te falando ‘olha, é assim que funciona, não é esse botão que aperta.’ Depois que você tá sozinho junto com o paciente? (...) O problema vem é depois que você começa a usar, aí que você enxerga a sua necessidade*”. Esse resultado corrobora com Boaden e Joyce (2006), que afirmam que o grau de maturidade técnica de um equipamento pode dificultar a adoção de uma nova tecnologia.

Essa dificuldade em entender a complexidade do novo *software* gerou aumento da resistência na sua utilização. Esse processo demandou paciência, não foi fácil mudar a cultura da clínica. De acordo com o Entrevistado 1 *“o gestor queria trazer as mesmas características que ele tinha no processo antigo, isso fechava a visão do gestor. Ele poderia ter uma ferramenta agora que dava muito mais possibilidades, mas ele estava preso ao conceito antigo.(...) Enfrentava essa resistência porque ainda tinha o vício do processo antigo”*.

A Clínica Saúde ainda está no processo de conseguir certificação 100% digital. Como relatado no referencial teórico, o Conselho Federal de Medicina precisa certificar o *software* para que ele se torne 100% digital. Portanto ainda precisa ter uma versão impressa do PEP, o que tem sido uma barreira e tem causado um retrabalho nos serviços prestados.

Outras barreiras relatadas foram: o alto custo para a implantação dessa ferramenta; a dificuldade pra mapear as rotinas e os processos, necessários para ocorrer a parametrização; e cadastrar todos os protocolos no sistema. Cada doença tem um tratamento individual no qual pra cada caso adota-se um protocolo específico, e esses protocolos precisaram ser cadastrados no sistema um a um. Isso demandou muito tempo, pois exige muita atenção e cuidado. *“A gente teve que cadastrar todos os protocolos, todos. (...) E hoje em dia eu já preciso mudar algumas coisas porque ele entra em conflito porque tem uma droga nova, tem um nome referência não é o nome do princípio ativo”* (Entrevistado 2).

A quantidade insuficiente de profissionais de suporte técnico necessário para solucionar as dúvidas que foram surgindo é outra dificuldade que a maioria dos setores enfrenta. Em algumas ocasiões o sistema apresenta problemas em equipamentos e *softwares* que não têm solução conhecida pelos usuários. O fornecedor trabalha com Ordens de Serviços (OS) que é o suporte que eles prestam pra gerar indicadores de melhoria, porém mesmo as OSs de emergência não são atendidas rapidamente, o que acaba gerando um atraso de algum tipo de serviço prestado por determinado setor. O Entrevistado 3 afirma que *“o principal efeito negativo é o nosso contato com a web (...) Tenho ‘n’ OSs importantes abertos, e que não são solucionados”*.

Os facilitadores da inovação estudada foram definidos a partir de Isidro-Filho (2010) como variáveis individuais e organizacionais que incidiram positivamente sobre a adoção da inovação, beneficiando o sucesso da implantação e utilização da mesma. De acordo com o Entrevistado 1 *“do mesmo jeito que eu tive uma equipe que teve uma visão limitada, eu tive uma equipe que tava muito envolvida, uma equipe que se doou muito”*. O Entrevistado 4 também reforçou a ideia de que *“a equipe foi fundamental, a equipe esteve junto com a gente.*

(...) *Tanto em relação para dar condições para o colaborador pra que ele fique satisfeito quanto para dar condições de maquinário*". Então apesar de algumas pessoas terem tido resistência em aderir ao PEP, o comprometimento da alta administração e dos gerentes dos setores exerceu um papel importante como facilitador na adoção do PEP por mobilizar o apoio e a aprendizagem dos demais profissionais. Esse resultado corrobora com Walker & Carayon (2009). Outro facilitador foi o cuidado que a alta administração teve com a infraestrutura. Foram adquiridos equipamentos novos necessários para receber o PEP e permitir a melhoria da assistência e desempenho da clínica.

Não houve relato quanto à dificuldade de uso de computadores, pois eles já utilizavam outro *software* eletrônico, então já sabiam fazer lançamentos e emitir prescrição. Portanto saber manusear os computadores serviu como um facilitador.

Quanto aos benefícios, Isidro-Filho (2010) define esse grupo como consequência ou impactos positivos na qualidade assistencial. *"Segurança da informação é um benefício inegável. Ele tem um prontuário onde a informação dele está segura aqui"* (Entrevistado 1). Os principais benefícios relatados pelos entrevistados foram a segurança das informações do pacientes; a segurança para o médico; a segurança para a instituição; e a segurança para o paciente. Esses resultados corroboram os achados de Mourão e Neves (2007) os quais mostraram que inovações tecnológicas em hospitais permitem maior segurança no controle de informações de pacientes e procedimentos de assistência.

Com o PEP integrado a um leitor de código de barras é possível assegurar que a medicação correta seja administrada ao paciente correto, na dose correta e no horário correto. O PEP proporciona uma tripla conferência da prescrição antes da administração dos quimioterápicos no paciente, pelos médicos, pelos enfermeiros e pelos farmacêuticos. Trocar ou alterar a medicação equivocadamente pode afetar o controle e a cura do câncer. Então o paciente se sente seguro e satisfeito com o sistema, mesmo que isso tenha trago um aumento do tempo de atendimento.

De acordo com alguns relatos, o novo sistema demanda mais tempo para alimentar todas as informações que são exigidas, conseqüentemente o tempo pra atender o paciente aumenta. Antes do PEP não precisava registrar tanta informação, então o serviço fluía mais rapidamente. Um dos setores, na tentativa de contornar esse impacto, aumentou o quadro de pessoal. *"A gente não fazia nada antes de avaliar o paciente, mas não era anotado tudo como é hoje. Então eu preciso de mais gente porque tem que digitar a evolução de exame de sangue, corrigir contas, solicitar exames pro paciente, avaliar e agendar o próximo ciclo de*

*quimioterapia (...)*” (Entrevistado 2). Outro setor acredita que este aumento no tempo de atendimento está sendo contornado à medida que os usuários vão tendo mais familiaridade com o sistema.

Frente às mudanças que o PEP trouxe, novas competências e habilidades foram exigidas dos profissionais. Isso mostra consonância com as proposições de Djellal e Gallouj (2007b) acerca dos impactos das TIC na produtividade e nas competências dos profissionais. Os gestores entendem ser necessário adquirir mais conhecimento sobre o sistema e seu funcionamento para que se obtenha todas as vantagens que ele pode oferecer. Mesmo que a maturidade no sistema vai aumentando com o passar do tempo, sempre tem coisas novas para se aprender sobre o mesmo. Para isso eles buscam sempre desenvolver inovações no sistema, abraçando as oportunidades de melhoria. *“Tem sempre opções pra desenvolver mais (...), a parte da implantação passou. A gente vivencia as oportunidades de melhoria (...). Tem custo-benefício legal? Vamos desenvolver pra melhorar”* (Entrevistado 1).

A Quadro 6 aborda, em tópicos, os pontos que foram descritos anteriormente acerca das barreiras, dos facilitadores, dos benefícios e dos desafios que o PEP trouxe a partir da sua adoção.

<b>DETERMINANTES DA INOVAÇÃO</b>	
<b>Barreiras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de maturidade técnica do sistema</li> <li>• Alto custo para a implantação</li> <li>• Dificuldade para mapear a rotina</li> <li>• Desgaste para cadastrar os protocolos</li> <li>• Quantidade insuficiente de profissionais de suporte técnico</li> <li>• Necessidade de ter uma versão impressa</li> <li>• Resistência de alguns na mudança do sistema</li> </ul>
<b>Facilitadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização de um sistema eletrônico</li> <li>• Comprometimento da alta administração e dos gerentes</li> <li>• Aquisição de equipamentos</li> </ul>
<b>Benefícios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança da informação do paciente</li> <li>• Segurança que a medicação correta seja administrada ao paciente correta na dosagem correta</li> <li>• Segurança para os médicos e para a instituição</li> <li>• Tripla conferência da prescrição</li> </ul>
<b>Desafios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir conhecimento do sistema</li> <li>• Desenvolver inovações de melhoria</li> </ul>

**Quadro 6** – Determinantes da Inovação

#### 4.4 Modos, trajetórias e lógicas da inovação

A partir da compreensão dos determinantes da inovação é possível verificar na visão de Gallouj e Weinstein (1997) e Djellal e Gallouj (2005) como esta inovação se caracteriza. Baseado nos conceitos de Gallouj e Weinstein (1997) para os seis modos de inovação que são caracterizadas a partir de alguma mudança afetando um ou mais vetores das características do serviço e nas definições de Djellal e Gallouj (2005) para as quatro lógicas e cinco trajetórias da inovação.

Foram analisadas quais operações de serviços foram mobilizadas para modificar o serviço proposto. Para tanto, os serviços elementares envolvidos foram analisados segundo o modelo de análise dos componentes de um serviço (figura 2). Em seguida, com base nas lógicas de inovação definidas por Djellal e Gallouj (2005) foi identificada a trajetória de inovação percorrida pela clínica.

Segundo a classificação de Gallouj e Weinstein (1997), o PEP pode ser caracterizado como inovação incremental, pois novas características e competências foram adicionadas para a produção do produto.

Ao aplicar a decomposição funcional para identificar as operações de serviços mobilizadas com maior frequência pelo PEP, os resultados permitem apontar a prevalência em algumas operações. Na Clínica Saúde, o PEP aponta para a introdução de novas especialidades, e de novos serviços, que combinam operações materiais e informacionais.

Prontuário Eletrônico do Paciente						
Serviços Constituintes	Competências Mobilizadas	Intermediários do Serviço				Características e Utilidades finais do Serviço
Si	C	M	I	K	R	Y
Assistência administrativa	✓	✓	✓			✓
Assistência médica	✓	✓	✓			✓

**Quadro 7** – Operações de Serviço Mobilizadas para a Introdução do Prontuário Eletrônico do Paciente  
**Fonte** – Elaborado pelos autores a partir de Djellal e Gallouj (2005)

O PEP mobiliza as operações informacionais e materiais em ambas as áreas de assistência, tanto administrativa como médica. Na assistência administrativa, apesar de existir operações materiais pode-se observar prioritariamente as operações informacionais (I). De acordo com o Entrevistado 1 “*ele (o PEP) é um software pleno. Consigo gerenciar os*

*procedimentos, as contas dos pacientes, os atendimentos, o histórico do paciente, a vida dele na empresa como um todo. E consigo fazer gestão. (..) Como um todo, ele é um software que abraça todas as operações que você precisa pra um hospital, pra uma clínica*". Ou seja, todas as informações administrativas e médicas referentes ao paciente são registradas em um sistema de informações interligado de forma que antes não acontecia. A informatização do prontuário proporcionou uma segurança tanto para o paciente quanto para os médicos o que foi considerada uma importante agregação de valor ao serviço.

Na assistência médica, apesar de existir operações informacionais, verifica-se o predomínio das operações materiais. Após selecionar o fornecedor, a clínica providenciou toda a infraestrutura para receber o PEP. *"Foram feitos investimentos tanto na área de servidores como na área de máquinas"* (Entrevistado 4). Portanto, a introdução do PEP envolveu, também, operações materiais (M), como o investimento em novos equipamentos.

A inovação em serviço no caso analisado segue, portanto duas trajetórias: a trajetória material e a trajetória informacional. E quanto às lógicas há um equilíbrio entre lógica extensiva e intensiva. Djellal e Gallouj (2005) definiram este equilíbrio como uma lógica combinatória de inovação, na qual há a introdução de novos serviços, ao mesmo tempo em que inovações nos serviços existentes também são identificadas. Não há relatos de serviços que tenham sido reduzidos, como em processos de terceirização, o que apontaria a presença de uma lógica regressiva.



## 5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O objetivo do presente estudo foi descrever os determinantes da adoção do PEP em uma clínica que presta serviços de atendimentos hospitalares. O PEP possibilitou o acesso dos registros com maior agilidade, facilitando o compartilhamento simultâneo das informações sobre o paciente, auxiliando no processo de tomada de decisão e contribuindo para o alcance de melhorias nas práticas de gestão.

Dentre as barreiras identificadas, o desconhecimento e a complexidade do sistema foram comuns a todos os setores entrevistados, corroborando com outros estudos na área que identificaram que a falta de maturidade técnica do sistema pode prejudicar a adoção de uma tecnologia. Outra barreira comum nos relatos foi o atraso do fornecedor em responder as solicitações para suporte técnico. No tocante aos facilitadores da inovação, o comprometimento da alta administração e sua preocupação com as instalações foram fatores positivos na sua adoção, corroborando com a literatura da área.

Apesar das dificuldades e desafios, o PEP proporcionou avanços para a gestão do cuidado de enfermagem e outros processos em saúde. O treinamento, o uso de codificação por barras, a padronização dos processos e o teste piloto, decididamente contribuíram para amenizar as dificuldades com a adoção do PEP na clínica estudada.

De acordo com os entrevistados de *back-office*, o PEP proporcionou maior rapidez na execução das tarefas, mais eficiência na gestão, maior controle sobre as operações da instituição e melhor planejamento dos gastos. Com as contas mais apuradas e mais fiéis, há a diminuição de desperdícios e de custos administrativos. Dessa forma pode-se inferir que o desempenho financeiro operacional da Clínica Saúde é melhor após a adoção do PEP.

Na experiência estudada e de acordo com os relatos dos entrevistados, o PEP trouxe agilidade nos serviços de *back-office*, porém nos serviços de *front-office*, ou seja, assistência médica e de enfermagem, o PEP impactou no aumento do tempo de atendimento ao paciente. Esse resultado é diferente do encontrado nos trabalhos utilizados para a realização da presente pesquisa. Os estudos na área mostram que a adoção de computadores, redes de telecomunicação, informações médicas e dados eletrônicos de pacientes geram mais rapidez no atendimento ao paciente. Porém, a grande maioria das pesquisas estudam hospitais de grande porte, que tem uma grande quantidade de funcionários, uma assistência complexa e

vários tipos de serviços associados. Quando se estuda micro, pequenas e médias empresas a dinâmica da adoção de uma inovação pode ter diferenças significativas.

Esse resultado encontrado precisa ser mais bem evidenciado, pois a tendência é que, dependendo do porte da empresa estudada, o fenômeno tenha outras características. É preciso analisar com mais cautela o motivo do aumento do atendimento do paciente nessa clínica. Alguns fatores precisam ser explorados com mais detalhes em estudos futuros. Uma reflexão se faz necessária para saber se esse resultado é comum em clínicas de médio porte, ou se ocorreu devido ao desconhecimento do sistema e falta de treinamento dos usuários, ou ainda, se o fornecedor do PEP não adequou corretamente a tecnologia às particularidades da clínica.

Clínicas e hospitais precisam de inovações que alterem o padrão dos serviços prestados. Quando adotam inovação em seus serviços é importante estudar seus determinantes para se obter ganhos na gestão com a inovação, pois os resultados encontrados podem auxiliar a alta administração na prática de gestão operacional da instituição.

A expectativa é que o presente trabalho ofereça uma contribuição para a literatura sobre o assunto abordado, no sentido de aprofundar o conhecimento sobre a dinâmica da inovação adotada em uma clínica de médio porte.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARRAS, R. Towards a theory of innovation in services. **Research Policy**, 15, 161-173, 1986.

BOADEN, R.; JOYCE, P. Developing the electronic health record: what about patient safety? **Health Services Management Research**, v.19, n.2, p.94-104, 2006.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº. 1.638 de 10 de Julho de 2002. **Diário Oficial**, Brasília, 10 jul. 2002. Seção 1, p.124-5.

CARVALHO, R. B. ET AL. Avaliação da Implantação de ERP: Estudo de Caso de um Hospital de Grande Porte. **XXXII Encontro da ANPAD**, RJ, 2008.

CHEN, J. S.; TSOU, H. T.; CHING, R. K. H. Co-production and its effects on service innovation. **Industrial Marketing Management**, v.40, n.8, p.1331–1346, 2011.

DAMBERG, C. L., RIDGELY, M. S., SHAW, R., MIELI, R. C., SORBERO, M. E. S., BRADLEY, L. A. e FARLEY, D. O. Adopting information technology to drive improvements in patient safety: lessons from the Agency for Healthcare Research and Quality Health Information Technology Grantees. **Health Services Research**, v. 44, n.2, p.684-700, 2009.

DJELLAL, F., GALLOUJ, F. Mapping innovation dynamics in hospitals. **Research Policy**, 34, p.817-835, 2005.

ELCHE-HOTELANO, D. Sources of knowledge, investments and appropriability as determinants of innovation: An empirical study in service firms. **Innovation: management, Policy and Practice**, v.13, n.2, p.220-235, 2011.

FARIAS, JOSIVANIA SILVA ET AL. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha. A percepção de profissionais de saúde. **Revista adm pública [Internet]**, v. 45, n. 5, p. 1303-26, 2011.

FLEUREN, M., WIEFFERINK, K., & PAULUSSEN, T. Determinants of innovation within health care organizations. **International Journal for Quality in Health Care**, v.16, n.2, p.107-123, 2004.

FLICK, U. (2004). Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre. Bookman.

GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. Em M. S. Salerno (Org), **Relação de serviço: produção e avaliação**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, p. 23-65, 2001.

GADREY, J. (2000). The characterization of goods and services: an alternative approach. **Review of Income and Wealth**, v.46, n.3, p.369-387.

GADREY, J., GALLOUJ, F., WEINSTEIN, O. New modes of innovation: How services benefit industries. **Journal of Service Management**, v.6, n.3, p.4-16, 1994.

GALLOUJ, F. Economia da inovação: um balanço dos debates recentes. Em R. Bernardes e T. Andreassi (Orgs.). **Inovação em serviços intensivos em conhecimento**. São Paulo: Saraiva, p. 3-28, 2007.

GALLOUJ, F. Innovation in services and the attendant myths. **SI4S Topical Paper**, 1998a.

GALLOUJ, F. Innovation in reverse: services and the reverse product cycle. **European Journal of Innovation Management**, 1(3), 123-138, 1998b.

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

GALLOUJ, F., SAVONA, M. Innovation in services: a review of the debate and the research agenda. **Journal of Evolutionary Economics**, v.19, n.2, p.149-172, 2009.

GALLOUJ, F., WEINSTEIN, O. Innovation in services. **Research Policy**, 26, 537-556, 1997.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In C. K. Godoi, R. Bandeira-de-Melo, & A. B. da Silva (Orgs.), **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos** (pp. 115-143). São Paulo: Saraiva, 2006.

GONÇALVES, J. P. P., BATISTA, L. R., CARVALHO, L. M., OLIVEIRA, M. P., MOREIRA, K. S., & LEITE, M. T. D. S. Electronic Medical Record: a tool that can contribute to integration of Health Care Networks. **Saúde em Debate**, v.37, n.96, p.43-50, 2013.

GURGEL JUNIOR, G. D. ; VIEIRA, M. M. F. Qualidade Total e Administração Hospitalar: Explorando Disjunções Conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-333, 2002.

HAUX, R. Health information systems: past, present, future. **International Journal of Medical Informatics**, v. 75, p. 268-281, 2006.

HILL, P. On Goods and Services. **The Review of Income and Wealth**, 23(4), 315-338, 1977.

ISIDRO-FILHO, A. (2010). Adoção de Inovações Apoiadas em Tecnologia da Informação e Comunicação, Formação de Competências e Estratégias de Aprendizagem em Hospitais. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

ISIDRO-FILHO, A. e GUIMARÃES, T. A. Conhecimento, aprendizagem e inovações em organizações: uma proposta de articulação conceitual. **Revista de Administração e Inovação**, 7 (2), 127-149, 2010.

ISIDRO-FILHO, A.; GUIMARÃES, T. A.; PERIN, M. G. Determinantes de inovações apoiadas em tecnologias de informação e comunicação adotadas por hospitais. *Revista de Administração e Inovação*, São Paulo, v. 8, n.4, p. 142-159, out./dez. 2011.

KLÜCK, M., GUIMARÃES, J. R., AMBROSINI, L. Auditoria da qualidade da informação médica no prontuário de pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Epistula Alass**. Barcelona. v.48, p.21 - 21, 2002.

LEMOS, C. Inovação na era do conhecimento. IN: Lastres, H. M. M. e Albagli, S. (Org.). Informação e globalização na era do conhecimento. Rio de Janeiro: Campus, p. 122-144, 1999.

MERRIAM, S. B. **Qualitative Research in Practice: Examples for Discussion and Analysis**, San Francisco, CA. Jossey-Bass, 2002.

MOURÃO, A. D.; NEVES, J. T. R. Impactos da Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente sobre o Trabalho dos Profissionais de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia SEGET**, v. 2007.

OECD. **Oslo manual. Guidelines for collecting and interpreting innovation. 3rd edition**. OECD Publications, Paris, 2005.

PEREZ, G., ZWICKER, R. Fatores determinantes da adoção de sistemas de informação na área de saúde: Um estudo sobre o prontuário médico eletrônico. **Revista de Administração Mackenzie**, v.11, n.1, SP, jan/fev 2010.

SALUNKE, S., WEERAWARDENA, J., MCCOLL-KENNEDY, J.R. Towards a model of dynamics capabilities in innovation-based competitive strategy: Insights from project-oriented service firms. **Industrial Marketing Management**, v.40, n.8, p.1251-1263, 2011.

SCHUMPETER, J. The Theory of Economic Development, **Harvard University Press, Cambridge, MA**, 1934.

SUNDBO, J. e GALLOUJ, F. Innovation in services. **SI4S Synthesis Paper**, n.2, 1998.

THAKUR, R., HALE, D. Service innovation: A comparative study of U.S. and Indian service firms. **Journal of Business Research**, v.66, n.8, p.1108–1123, 2013.

VAN GINNEKEN, MOORMAN, A.M. The Patient Record. In: VAN BEMMEL, J. H.; MUSEN, M.A. **Handbook of medical informatics**. Netherlands: Springer-Verlag. 1997. p.99-115.

VARGAS, E. R. **A dinâmica da inovação em serviços: o caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França**. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, 2006.

VARGAS, E. R. Relação entre estratégia e inovação em serviços: análise de casos no setor hospitalar. *OeS*, São Paulo, v. 14, n.40, p. 17-27, jan./mar, 2007.

VARGAS, E. R. e ZAWISLAK, P. A. Inovação em serviços no paradigma da economia do aprendizado: a pertinência de uma dimensão espacial na abordagem dos sistemas de inovação. **Revista de Administração Contemporânea**, 10(1), 139-159, 2006.

WALKER, J. M., & CARAYON, P. From tasks to processes: the case for changing health information technology to improve health care. **Health Affairs**, 28(2), 467-477, 2009.

YIN, R. K. (2001). Estudo de Caso, planejamento e métodos. 2.ed. São Paulo: Bookman.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência: por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas, 2001.

## **Apêndice A – Roteiro de entrevista semi-estruturada para empregados**

Sr(a). Colaborador(a),

Esta entrevista objetiva descrever como se deu a adoção do Prontuário Eletrônico bem como seus impactos após a implantação desta inovação. Trata-se de uma pesquisa realizada no âmbito do Curso de Graduação em Administração, da Universidade de Brasília, sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho.

Agradecemos antecipadamente a sua resposta, colocando-nos à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Ana Clara Araújo Côrte.

### **Questões para empregados das áreas de tecnologia**

1. Como se deu a decisão sobre a desenvolvimento/implantação do sistema?
2. Como se deu o planejamento do desenvolvimento/implantação do sistema?
3. Em que consiste o sistema? Quais suas funcionalidades/aplicações para a clínica?
4. Como se deu a cronologia do desenvolvimento desse sistema? Quais áreas e colaboradores participaram do projeto?
5. Qual a interação entre o sistema e os demais sistemas utilizados pela clínica? Como se deu a integração entre o sistema e demais sistemas da clínica?
6. Quais critérios/parâmetros foram utilizados para a mensuração da efetividade do processo de desenvolvimento do sistema?
7. Quais os fatores/variáveis que favoreceram o desenvolvimento do sistema? Quais os fatores/variáveis que dificultaram o desenvolvimento do sistema?
8. Como se deu a implantação do sistema? Quais áreas e colaboradores participaram da implantação do sistema?
9. Quais critérios/parâmetros foram utilizados para a mensuração da efetividade do processo de implantação do sistema?
10. Quais os fatores/variáveis que favoreceram a implantação do sistema? Quais os fatores/variáveis que dificultaram a implantação do sistema?
11. Que mudanças em outros processos de trabalho (back office e front office) da clínica ocorreram a partir da implantação do sistema?



**Questões para empregados das áreas de assistência**

1. Como se deu a decisão sobre a desenvolvimento/implantação do sistema?
2. Como se deu o planejamento do desenvolvimento/implantação do sistema?
3. Quais colaboradores participaram do desenvolvimento/implantação do sistema?
4. Quais contribuições/modificações foram propostas pelos participantes do projeto?
5. De que forma os colaboradores participaram do projeto?
6. Que competências foram necessárias/requeridas durante o desenvolvimento/implantação do sistema?
7. Que competências foram necessárias/requeridas para utilização do sistema (front office)?
8. Quais critérios/parâmetros foram utilizados para a mensuração da efetividade do processo de desenvolvimento/implantação do sistema?
9. Quais os fatores/variáveis que favoreceram o desenvolvimento/implantação do sistema? Quais os fatores/variáveis que dificultaram o desenvolvimento/implantação do sistema?
10. Quais critérios/parâmetros foram utilizados para a mensuração da efetividade do processo de implantação do sistema?
11. Que mudanças em outros processos de trabalho (front office) do HSL ocorreram a partir da implantação do sistema?
12. Quais expectativas do cliente foram atendidas com o sistema? Como foi a mensuração?

**Características do cargo**

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. **Cargo** que você exerce atualmente (em caráter efetivo):

\_\_\_\_\_

3. Ocupa **função** gerencial ou de chefia?

Sim

Não

4. O **setor** ou departamento em que você está lotado(a):

\_\_\_\_\_

5. Sua **faixa etária**:

até 25 anos

- de 26 à 35 anos
- de 36 à 45 anos
- de 46 à 55 anos
- de 56 a 65 anos
- de 66 anos em diante

6. **Nível de escolaridade** que você possui:

- Ensino Médio Completo
- Ensino Técnico Completo
- Graduação em Andamento
- Graduação Completa
- Pós-Graduação em Andamento (Especialização, MBA, Mestrado ou Doutorado)
- Pós-Graduação Completa (Especialização, MBA, Mestrado ou Doutorado)

7. **Tempo de serviço** no setor em que atua: \_\_\_\_\_ anos

8. **Tempo de serviço** nesta clínica: \_\_\_\_\_ anos

9. A **carga horária semanal** de trabalho nesta clínica: \_\_\_\_\_ horas