

Eixo II - Conhecimento, inovação e serviços de saúde: os serviços de atenção à saúde no Complexo Industrial da Saúde – perspectivas e limitações para a política de inovação

Gestão da inovação em serviços de atenção à saúde

Ana Maria Malik

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MALIK, AM. Gestão da inovação em serviços de atenção à saúde. In: CUNHA, FJAP., LÁZARO, CP., and PEREIRA, HBB. orgs. *Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 111-131. ISBN: 978-85-7541-556-6. Available from: doi: [10.7476/9788575415566](https://doi.org/10.7476/9788575415566). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/6hks3/epub/cunha-9788575415566.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

GESTÃO DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ana Maria Malik

INTRODUÇÃO OU A INOVAÇÃO E A GESTÃO

Já é consensual a percepção de que a transformação da economia depende da inovação. Restam por definir as origens desta. Segundo o Manual de Oslo (OCDE; EUROSTAT; FINEP, 2005), uma das fontes mais citadas a respeito, tanto o crescimento econômico quanto a inovação dependem basicamente do conhecimento. Além disso, cabe perceber que nem sempre os programas de pesquisa e desenvolvimento são a única origem da inovação, porque a realidade é muito mais complexa que as organizações ou os modelos de gestão. Seja como for, percebe-se quatro tipos de inovação nas organizações: de produto, de processo, organizacionais e de marketing. Segundo Dosi (1988), inovação pode ser compreendida como busca, descoberta, experimentação, desenvolvimento, imitação e adoção de novos produtos, processos, técnicas, mesmo que sejam novos apenas no âmbito da organização que os adota. (DOSI, 1988)

Inovação, como objeto de gestão, requer competência em gerenciamento de crises e de problemas, porque certamente a inovação nas organizações de saúde – principalmente nos serviços de atenção – leva a processos com grande grau de incerteza e elevada prevalência de conflitos.

Na área de empresas, Tidd, Bessant e Pavitt (2008) afirmam que é difícil desenvolver um modelo que consiga integrar a mudança tecnológica com a análise estratégica, tendo em vista a existência de diferenças entre as empresas. Para facilitar a análise, definiram cinco possibilidades distintas, entre as quais é possível situar a área da saúde:

1. *empresas dominadas pelo fornecedor*: onde a mudança técnica tem origem a partir dos estímulos oriundos dos produtores de

equipamentos e de insumos para seu funcionamento (a rigor, máquinas e as chamadas “soluções”). Nesses casos, a inovação se origina nos fabricantes. Na saúde trata-se de modelo importante, pois diversas organizações se estruturam a partir da busca de novos exames ou procedimentos. Ou seja, a medida da inovação tem a ver com a utilização de tecnologia para reforçar as vantagens competitivas, embora essas novas tecnologias estejam disponíveis para todas as empresas do setor.

2. *empresas intensivas em escala*: onde a função tecnologia é gerada pela definição e operação de sistemas de produção e/ou produtos complexos. Costumam fazer parte da cadeia de valor da saúde como as produtoras de insumos. Tecnologias de processo e produto se desenvolvem de modo incremental, por meio de melhorias em componentes, máquinas e subsistemas. Em geral consistem em mudanças de *design* interno e departamentos de engenharia de produção, experiência operacional e fornecedores especializados.
3. *empresas de base científica*: onde a acumulação tecnológica aparece em unidades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), dependendo de conhecimento, competências e técnicas a partir da pesquisa acadêmica. Cabem aqui as universidades, mas também os Institutos de Ensino e Pesquisa existentes em hospitais privados. Consequentemente, se dedicam a desenvolver produtos/serviços tecnologicamente relacionados e a explorá-los.
4. *empresas intensivas em informação*: atuam principalmente em setores de serviços, de maneira a projetar e operar sistemas complexos de processamento de informação, sobretudo em sistemas de distribuição que fazem a provisão de um serviço ou um bem mais sensível às necessidades dos consumidores. Diz a literatura de estratégia em saúde que a falta de sistemas de informações são um dos principais pontos fracos do setor, o que mostra o quanto isto é raro no setor. As existentes são pouco conhecidas e quando conhecidas frequentemente não têm o seu serviço compreendido.

5. *fornecedores especializados*: desenvolvem/oferecem insumos de alto desempenho para sistemas de produção, processamento de informação e desenvolvimento de produtos de alta complexidade, na forma de equipamentos, componentes, instrumentos e (cada vez mais) *software*. Quanto mais especializados, mais se beneficiam com a experiência operacional. Precisam acompanhar as necessidades de clientes, aprendendo a partir de experiência dos mais avançados e adaptando novas tecnologias às demandas dos demais.

Quando se analisa organizações em relação a sua utilização da tecnologia, os mesmos autores mostram que se trata de decorrência do modelo anterior. Assim, podem ser caracterizadas em relação às suas posições estratégicas, como: baseadas em vantagens não tecnológicas; dispendo de produtos e processos seguros; desenvolvendo produtos tecnicamente relacionados; criando novos produtos e serviços e, finalmente, respondendo às necessidades dos usuários. Em relação à utilização de tecnologia em áreas de apoio, pode-se notar integração do novo conhecimento (como em soluções de relações comerciais), exploração em ciências básicas – como é o caso da biologia molecular -, processamento de informações complexas e – mais uma vez – combinação com necessidades dos usuários. Finalmente, em relação aos caminhos a serem seguidos pelas organizações, verifica-se a tentativa de responder demandas dos usuários, a busca da difusão de melhores práticas, a redefinição dos espaços organizacionais, o atendimento às necessidades dos clientes e a conexão com usuários líderes. (TIDD; BESSANT; PAVITT, 2008, p. 192)

O gerenciamento de sistemas estratégicos de Tecnologia da Informação (TI) é uma das atividades mais demandantes em termos de capacidades de gestão, uma vez que o desempenho dessa área pode levar ao alcance de melhores resultados. (WILKIN; CERPA, 2012) É difícil aferir os benefícios que os sistemas de informação trazem, pois eles não são claramente individualizados frente a todos os demais fatores organizacionais. (DELONE; MCLEAN, 2003)

Existem alguns modelos chamados “arquétipos de gerenciamento de inovações”. (TIDD; BESSANT; PAVITT, 2008) Um deles é chamado de *arquétipo de condição estável* e outro de *inovação descontínua*, que permitem compreender a organização segundo algumas variáveis. Por exemplo, uma delas se refere a como a organização percebe o mundo. No arquétipo de condição estável, a premissa é que existem regras do jogo a serem cumpridas, enquanto a inovação descontínua assume que as regras aparecem com o tempo, mas não podem ser antecipadas, requerendo tolerância perante a ambiguidade de soluções possíveis. Em relação à tomada de decisões estratégicas, as organizações “estáveis” alocam recursos em consonância com as regras que percebem e requerem comportamentos de coalizão. Na inovação descontínua o risco é muito alto, pois as decisões precisam ser tomadas com rapidez, frente a situações relevantes que ocorrem em paralelo. Necessariamente, este tipo de organização requer tolerância ao fracasso e comportamento empreendedor. Finalmente, no que diz respeito às rotinas, a estabilidade busca trajetórias definidas e ferramentas técnicas, tanto para a P&D quanto para pesquisa de mercado. Nas organizações menos estáveis, a implementação de projeto baseia-se em começos confusos, com bastante experimentação no decorrer do processo e os vínculos são bastante frágeis.

A INOVAÇÃO E AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Desnecessário falar sobre a importância da inovação no setor de serviços. O Manual de Oslo, citando Howells e Tether, os classifica em:

1. serviços que lidam sobretudo com produtos (como transporte e logística);
2. serviços que trabalham com informação (como os *call centers*);
3. serviços baseados em conhecimento;

4. serviços que lidam com pessoas (como cuidados com a saúde).

No entanto, há características da área de serviços que já se tornaram de domínio comum: a distinção entre produto acabado e processos é, com frequência, difícil de perceber, uma vez que produção e consumo ocorrem de forma simultânea. Nesses casos, a inovação também pode ser percebida como um processo contínuo, aparecendo como diversas mudanças incrementais em produtos e processos. A identificação de inovações em serviços como eventos isolados se torna difícil, embora seja desejável perceber a ocorrência de novos fenômenos. Uma inovação pode consistir na implementação de uma única nova diretriz, como, por exemplo, inserir na organização o conceito de sustentabilidade, assumido no edifício, na definição de reduzir a utilização de papel, de rever os processos de compras etc. Cada uma dessas novas ações no sentido de seguir a direção fornecida pela organização, caso siga um processo coerente, pode levar a uma mudança significativa.

No imaginário dos atores da saúde, esta é uma área na qual a inovação está sempre presente, mas isto não é um fato, apenas uma percepção. Isto pode ser percebido de maneira ainda mais presente nas organizações prestadoras de assistência, nas quais a crença da necessidade da inovação constante é disseminada e onde se abandona ou se substitui o conhecido em nome da alegada competitividade (mas que com frequência é do mimetismo) e sem a preocupação com a necessidade do paciente.

Novidade é entendida como algo novo, que não estava disponível, mas que não foge à substituição do anterior por um semelhante. Por exemplo, a substituição de um eletrodoméstico por um mais novo, de outra cor ou simplesmente por outro. Isto pode corresponder ao que o Manual de Oslo chama de “novo para a firma”, pensando nas organizações, como um requisito mínimo da inovação. A adoção de inovações envolve um fluxo de conhecimento provindo da difusão de inovações criadas em outra organização. Na área “doméstica” isso tem a ver com a publicidade; nas organizações, inclusive nas de

saúde, idealmente a divulgação dar-se-ia em eventos científicos e nas publicações indexadas e reconhecidas pela comunidade. No entanto, verifica-se o papel da imprensa leiga, pautada por diferentes *stakeholders*, nessa disseminação de informação (não cabe falar em conhecimento, porque nem sempre se verifica a acurácia daquilo que se informa – ou a preocupação com ela).

É muito comum dizer que uma das causas do crescente aumento de custos no setor é a inovação tecnológica, inclusive porque o novo conhecimento ou o novo equipamento termina por não substituir o anterior, somando-se a ele. Às vezes, um potencializa o outro (embora isso não seja decisivamente aceito, a terapia medicamentosa psiquiátrica pode ser ajudada pela psicoterapia). Às vezes, um complementa o outro (como na área de imagens). No entanto, pode ocorrer de ser usado mais de um exame ou mais de um procedimento basicamente porque eles estão disponíveis ou porque são reembolsáveis, levando ao que se chama *misuse* ou *overuse*. (OCDE, 2010)

Perante a isso, já se tornou habitual falar de dois tipos de inovação: radical e incremental. A radical assume uma ruptura com “o anterior”, presume algo novo, praticamente um novo paradigma. (KUHN, 2003) Por exemplo, uma organização assistencial *paperless*, na qual inclusive os exames de imagem sejam vistos por meio de dispositivos informáticos (isto já é possível, mas sua implantação tem sido muito retardada pela cultura dos hospitais e dos profissionais que neles trabalham). Como exemplo de inovação incremental na área da saúde, podemos considerar os avanços que permitem ver claramente o interior do corpo humano, sem necessidade de cortá-lo. A inovação incremental assume a modificação em uma parte de um processo ou de um produto. (LEMOS, 1999) Nesse caso, aparelhos de ultrassonografia que permitem ver as imagens coloridas e em terceira dimensão, ou até dos equipamentos digitais de mamografia.

GESTÃO DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para falar em gestão da inovação é necessário retomar o conhecidíssimo conceito de gestão. Ele pressupõe, conforme os autores mais tradicionais da área (e como pode ser encontrado em qualquer livro texto) que se obtenham resultados por meio do Planejamento, da Organização, do Comando, do Controle e da Coordenação. Por mais que isto seja antiquado – e é, de fato, do final do século XIX – pressupõe alguns comportamentos antes ou durante as ações. O planejamento, por exemplo, não é garantia de sucesso. No entanto, pensar inovação em organizações de saúde é praticamente sinônimo de avaliação tecnológica. Para viabilizar um processo nessa área, o primeiro passo deveria ser instituir um mecanismo por meio do qual a necessidade de qualquer equipamento ou medicamento novo deve ser analisada previamente a sua aquisição. Isto requer a coordenação de uma série de áreas, na busca de informações, que são consideradas como dadas e que dificilmente estão garantidas.

Por outro lado, é necessário discutir também a incorporação de novos processos. Nesse caso, tudo se torna mais complexo, pois pouca gente está preparada para lembrar como eram realizados procedimentos anteriormente (e quando era este “anteriormente”), para o que eles foram alterados, quando e até quando! Mudanças de processos dificilmente são percebidas externamente (às vezes, nem internamente, pois elas são absorvidas com muita rapidez, às vezes prescindindo de treinamentos formais). Trata-se, assim, claramente, de inovações intangíveis. Por vezes, como dizem os estudiosos de cultura organizacional, fazem-se necessários artifícios como prêmios ou selos (e na área da saúde, certificados de acreditação, por exemplo) associados a alterações na forma de operar. (AKTOUF, 2001; FREITAS, 1999)

Neste texto são analisadas as inovações intangíveis que, mesmo sem serem percebidas, influenciam a cultura das organizações e são influenciadas pelos seus operadores. Novas tecnologias são

associadas, com muita razão, à área de assistência médica. Não seria possível falar em um novo paradigma na área assistencial caso não houvesse os novos medicamentos e novos procedimentos para tratar afecções com mais eficácia e eficiência, considerando o tempo de tratamento, e não prioritariamente os seus custos (embora não sejam pesquisados com a mesma ênfase para todos os diagnósticos).

Cada vez mais, procedimentos e equipamentos permitem atender o paciente em domicílio. Muitos insumos e procedimentos foram desenvolvidos de maneira a manter o paciente cada vez menos tempo em ambiente hospitalar. O acesso a alguns medicamentos e procedimentos tem sido facilitado por um aumento na eficiência de sua produção e redução nos seus custos. A eficácia de diagnósticos e tratamentos aumenta em função dos desenvolvimentos incrementais na área. Por outro lado, pode se falar em mais preocupação com segurança, qualidade, redução de iatrogenia. No entanto, a imprensa diária mostra que ainda há muitos problemas evitáveis, independente se eles ocorrem no setor público ou no privado. Em geral, noticiam-se mais problemas em locais com menos estrutura, seja ela assistencial, seja ela administrativa, independente de quem seja o responsável pela remuneração das ações empreendidas.

Para tudo deve haver limites. Inclusive para a inovação! Para isso, preconiza-se sua gestão, de maneira a estudar o que é cabível, considerando aí eficácia e eficiência dos procedimentos, mas também, certamente, sua justificativa em termos de custo benefício ou custo efetividade. Há quem esteja sempre interessado em conhecer o mais novo do mais novo, mas não necessariamente em utilizá-lo, sob o ponto de vista profissional. Também cabe a discussão de quem terá direito, enquanto paciente, a que tipo de tecnologia, assunto que tem a ver com capacidade tecnológica e poder de gasto do país (enquanto financiador direto ou indireto da assistência). No Brasil, existe preocupação com segurança e eficácia dos novos insumos (ou daqueles que devem ser retirados do mercado).

Os fabricantes e os usuários (organizacionais e individuais) se queixam da morosidade nos processos de aprovação, cada um por motivos diferentes. Para estabelecer políticas de saúde coerentes, não é suficiente fazer esses estudos nem dar agilidade aos processos. É necessário estudar as necessidades da população, as evidências científicas existentes e a disponibilidade de recursos. No Brasil, já se tentou implantar este tipo de análise de maneira disseminada, mas o esforço não foi bem sucedido, seja devido à carências de quadros, à falta de interesse do poder público, ao senso de oportunidade política. Em resumo, todos os interessados se sentem prejudicados, por não receberem o que existe de mais novo no mundo, ou por não conseguirem seguir o chamado padrão ouro. Ou seja, cada um busca defender, como é esperado, sua posição ou seus interesses. (FERRAZ, 2008) É necessário esclarecer que todos têm seus interesses, mesmo que não os admitam nem os reconheçam.

DE QUE MANEIRA A GESTÃO EM SAÚDE LIDA COM A INOVAÇÃO?

Estudos realizados nos últimos 10 anos na gestão em saúde no Brasil evidenciam que a inovação na assistência é muito mais presente que na gestão. Em 2002 (MALIK; PENA, 2003), verificou-se que executivos de organizações de saúde de modo geral, na região metropolitana da Grande São Paulo, não tinham visão estratégica.

Trabalhos de 2000, 2003 e 2004 (MALIK; TELLES, 2001; FIORENTINI, 2005; QUEIROZ; VASCONCELLOS, 2005) mostram hospitais preocupados com mimetismo organizacional, buscando aproximar-se daquilo que seus concorrentes ou seus *benchmarks* oferecem. Pesquisas de 2007 (QUEIROZ; MALIK; STAL, 2007; VELOSO; MALIK, 2007) apontam que alguns decisores reconhecem que por vezes usam “orientações” de avaliadores externos para suas tomadas de decisão.

Investigação realizada em 2007 mostrou que, segundo a opinião dos médicos que trabalhavam em hospitais privados, seus dirigentes negociavam valores de remuneração diretamente com as operadoras, sem ouvi-los. (SCHOUT et al., 2009) Nesses hospitais, considera-se às vezes que os médicos são clientes preferenciais, pois trazem pacientes, inclusive com base na sua familiaridade com inovações tecnológicas. Apesar de diversos autores enxergarem o futuro das organizações de saúde como dependente de seu foco nos pacientes e sua proposta de valor (BERWICK, 2009; CLINCO, 2013), até 2013 observa-se que os pacientes chegam aos serviços – quando têm alternativa de escolha, o que não é muito comum na realidade brasileira - por indicação médica, orientação profissional ou referência das operadoras.

Finalmente, estudos de 2005, 2006, 2008 e 2012 evidenciam que as organizações de saúde, públicas e privadas, não sabem ou têm pouco interesse/consideram pouco prioritário lidar com sua cultura. Assim, fica difícil mudar, inovar e até aprender. (ARRUDA, 2006; CLINCO, 2007; STEUER et al., 2009; REIS; LAGUARDIA; MARTINS; 2012) Existem organizações nas quais a inovação é um pressuposto. (SCHEIN, 1996) Aqueles que trabalham em organizações de saúde gostam de imaginar que isto ocorra dentro delas. Na verdade, as resistências entre os profissionais de saúde – principalmente da gestão de saúde – são notórias. (GVsaude – 2006, 2007, 2009, 2010, 2012)

Algumas organizações de saúde brasileiras conhecem tecnologias de gestão contemporâneas, porém, quando o país correu o risco de um *blackout* nacional em novembro de 2009, já em pleno século XXI, ficou patente que diversos hospitais não dispunham de geradores – requisito básico de funcionamento para serviços de saúde. De que adianta a presença de computadores sem energia elétrica? Além disso, embora a informatização seja citada como fundamental para permitir monitorar desde a produção até o valor para os pacientes das organizações de saúde, a presença de computadores não garante que ela ocorra. Nos serviços de saúde já se tornou anedótico o fato de que o *customer relationship management*

(CRM) ou gestão do relacionamento com o cliente ainda seja associado com os Conselhos de Medicina. Quanto às ferramentas de gestão, elas entram e saem da moda. Nos últimos anos verificou-se a prevalência do *Balanced Score Card* (BSC). (FERREIRA JUNIOR, 2011) Em 2013, o *lean management* começa a entrar no setor, no Brasil, mas sempre com atraso frente à área de empresas.

Começa a ser possível falar em valorização da área de gestão em saúde no Brasil, tanto em relação à presença dos profissionais, quanto relativamente à remuneração. O número de cursos de especialização (entre os quais os onipresentes MBAs), presenciais e à distância, assim como dos mestrados profissionais é prova disso, começando apenas a mexer nos comentários do senso comum, que assume que administração em geral é só bom senso. Trabalho realizado há poucos anos em hospitais universitários mostrou que gestores entrevistados acreditavam serem necessários apenas bons profissionais técnicos. (CALDAS, 2008) A rigor, a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 2011, faz parte de uma tentativa de mudar este cenário, embora ainda seja cedo para analisar seus resultados. Apesar disso, novidades em fluxos, processos e em área física são ignoradas, apesar de já existir literatura especializada. (VECINA NETO; MALIK, 2011; PAES, 2011; BROSS, 2013)

Segundo Herzlinger (2013), as seis forças que podem permitir a inovação nas organizações de saúde – ou impedi-la – são:

1. os atores: trata-se dos aliados ou adversários que buscam sucesso no setor, que podem viabilizar ou destruir qualquer inovação;
2. o financiamento: são os processos de obtenção de receita e/ou de capital, que na área da saúde são diferentes da maioria dos demais setores;
3. as políticas: referem-se à regulamentação/regulação que permeia o setor, porque fornecedores incompetentes ou fraudulentos podem causar danos irreversíveis aos usuários;

4. a tecnologia: representa as bases para o avanço nos tratamentos e nos processos de prestação de cuidados que podem torná-los mais eficazes e eficientes;
5. os consumidores: são hoje mais ativos e reivindicadores, a rigor levando alguns interessados a questionarem o termo pacientes (que para muitos tem conotação passiva, embora a discussão semântica esteja longe de ser consensual);
6. a *accountability*: é a resposta solicitada pelos consumidores vigilantes e pelos financiadores pressionados pelos custos, uma vez que todos buscam cuidados mais seguros e com relação custo-benefício mais favoráveis em relação aos produtos concorrentes.

INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E O FUTURO

Pesquisadores envolvidos com a educação em gestão de saúde desenvolveram uma pesquisa e reflexões de caráter internacional a respeito desta questão com vistas ao século corrente. (HERZLINGER, 2006, 2013) Uma das reflexões que cabe na discussão a respeito do futuro é que, embora o conhecimento sobre o que já foi feito seja sempre relevante, não necessariamente a história será uma base adequada para a inspiração. Espera-se que os próximos anos tragam mudanças para os sistemas de saúde, respondendo às necessidades dos novos perfis epidemiológico e demográfico e de redução de custos. No caso, cabe inclusive falar de políticas, uma vez que os custos da saúde não podem acompanhar a renda de todos os países, ou seja, torna-se globalmente uma questão de sustentabilidade.

Por outro lado, apesar das evidências, é comum que os problemas sejam percebidos nos sistemas de saúde de maneira localizada. Por exemplo, fala-se em falta de recursos, sem reconhecer o equívoco do modelo assistencial, ainda focado em pacientes agudos e a

inadequação de sistemas de informação. Desta forma, as questões sistêmicas continuam sem solução. Seria desejável que os processos de solucionar problemas estivessem, de alguma forma, vinculados à capacidade de inovação. Por isso, as questões de comunicação são tão vitais, uma vez que elas deveriam dar nexos à realização de diagnósticos ou às explicações organizacionais.

Uma série de tecnologias implantadas nas organizações não são realmente inovadoras. Um exemplo que se pode dar são os robôs, que estão atualmente implantados em diversos hospitais, embora não necessariamente estejam sendo usados em função de seus plenos potenciais. No entanto, não é raro que se cometam os mesmos erros em diferentes serviços de saúde, por falta de disponibilidade de aprender. Por vezes, seria possível aprender de que maneira fazer; em outras situações caberia identificar o que não se deve fazer. É mais comum as organizações contarem o que fazem sem, necessariamente, explicitar o que teve menos sucesso. Apenas mimetizar as ações pode levar a custos desnecessários e a duplicações de esforços.

Além disso, quando se fala em assistência médica e nos modelos tradicionais de remuneração, por mais que se sugira inovações, que se perceba oportunidades de mudança, os incentivos são para fazer (talvez) melhor (ou de maneira mais barata) o que já se faz, e não para inovar. Isto caracteriza uma contradição na indústria. A rigor, pode-se dizer que os processos, tanto assistenciais quanto administrativos, incorporam novas formas de fazer o mesmo. Mesmo os procedimentos operacionais padrão, as metodologias *lean* demoram a ser incorporadas. Às vezes, o estabelecimento de um sistema de franquias (tão comum na área do varejo) levanta restrições, apesar do potencial de aumentar o acesso, por insegurança quanto à padronização de processos.

Cabe, portanto, reconhecer que nos sistemas de saúde a flexibilidade é rara, pois o modelo de ensino incorpora dogmas e conhecimento estabelecido. Todo o arsenal de cuidados paliativos ainda tem resistências a sua utilização. O assunto redes de assistência, que mudam as relações hierárquicas entre pontos de ação, tem sido muito falado,

mas sua incorporação ao discurso não significa que ele se tenha tornado realidade. Há uma série de premissas que fazem parte desse modelo, considerando que a logística é fundamental, que a socialização de informações sobre os pacientes é imprescindível e que se trata mais de complementaridade que de complexidade crescente. Mudar, passando da assistência estanque de um especialista para cada queixa ou sintoma, para as chamadas linhas de cuidado, é um processo que está sendo discutido no país há anos, mas conta-se nos dedos os casos de sua implantação de fato. A necessidade de conhecimentos e de recursos é diferente daquilo que se observa no cotidiano.

Uma das tendências que parece irreversível na área da saúde é a telemedicina. Por mais que a infraestrutura seja imprescindível e embora ela não esteja disponível de maneira tão disseminada quanto necessário, claramente seus benefícios são visíveis, apesar das barreiras que devem ser vencidas para viabilizar sua implantação. Ela permite, em uma de suas modalidades, contato entre equipe e paciente sem presença física e, a rigor, até mesmo sem contato visual. Em outra, o contato visual ocorre, embora a distância. Nem todos acreditam nisso, nem em sua eficácia. Muito pode ser feito e ainda muito será aprimorado, enquanto a modalidade se populariza e dissemina.

Por isso, é cabível pensar que a inovação é mais necessária nos processos do que nos produtos. Pode-se considerar, *a priori*, que boa parte dos produtos já existe. Trata-se, portanto, de vencer resistências dos diferentes atores e transformá-los no que se chamaria de “*adopters*”. Já se sabe, há mais de uma década, que a utilização de tecnologia não é exatamente um fenômeno racional, existindo algumas categorias como *misuse*, *underuse* e *overuse*. (ANDERSON; BROWN, 2001) *Underuse* tem a ver com não prestar algum tipo de serviço de saúde que teria tido um resultado favorável para o paciente. *Overuse* se refere à prestação de algum serviço para o qual o potencial de dano é mais que o de benefício. Finalmente, *misuse* ocorre quando se seleciona um processo adequado, mas ocorre uma complicação evitável,

levando a que o paciente não receba todo o benefício esperado. Ou seja, implantar já não é fácil e, além disso, é necessário cuidar para que a utilização seja adequada.

Empreendedores – ou inovadores intraorganizacionais – podem ser formados. Para isso é necessário que compreendam o que significa um comportamento empreendedor e saber, no mínimo, calcular riscos. Eventualmente, conviver com ele. A incerteza é um dos grandes medos dos participantes da vida organizacional e uma das maiores forças para seu enfrentamento é a comunicação eficaz, baseada em confiança. Além disso, dispor de redes pode facilitar a inserção dos atores nesse campo, pois oferece aos envolvidos uma maior sensação de conforto.

Afinal, de que serve buscar a inovação e sua gestão em serviços de atenção à saúde? Em tese, para orientar a busca de melhoras na saúde da população por meio de algumas combinações de objetivos, uma das combinações possíveis é aquela que associa cuidado à saúde e a valor (entendido como melhora da saúde por recursos despendidos). A outra trabalha com o tripé da sustentabilidade, onde se encontram as pessoas, o planeta e a sustentabilidade financeira (na área de serviços de saúde, o termo lucro é muito pouco apropriado, ainda mais no Brasil, com a quantidade de serviços públicos e/ou sem finalidade lucrativa).

Inovar em saúde é imprescindível, principalmente ante aos novos produtos e às novas informações sempre presentes, que chegam aos diferentes consumidores de diferentes maneiras, até para atender as demandas, que também se modificam, além de aumentarem. No entanto, não se pode permitir que a inovação gerencie a organização. Ela deve ser identificada, avaliada e ponderada por algum gestor, que a implante no serviço para alguma necessidade que não seja apenas a inovação em si mesma.

REFERÊNCIAS

- AKTOUF, O. O simbolismo e a cultura de empresa: dos abusos conceituais às lições empíricas. In: CHANLAT, Jean F. (Coord.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 2001. v. 2, p. 39-79.
- ANDERSON, G. M.; BROWN, A. D. Appropriateness ratings: overuse, underuse, or misuse. *The Lancet*, v. 358, n. 92921475 - 1476, 2001.
- ARRUDA, M. F. *Cultura organizacional e inovação: estudo de caso em um hospital privado com características de inovação no município de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2006. Disponível em: <<http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/Monica.pdf>>.
- BERWICK, D. M. *What "patient-centered" should mean: Confessions of an extremist*. Health Affairs, 2009. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w555>>.
- BROSS, J. C. *Compreendendo o edifício da saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.
- CALDAS, B. N. *O papel do dirigente hospitalar: a percepção de diretores de hospitais universitários vinculados às Instituições federais de ensino superior*. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/barbara.pdf>>.
- CLINCO, S. D. *O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente*. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/t26.pdf>>.

- _____. *Participação do usuário no seu cuidado: realidade ou ficção?* Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2013.
- DELONE, W. H.; MCLEAN, E. R. Information Systems success: The quest for dependent variable. *Informations Systems Research*, v. 3, n. 1, p. 60-95, 1992.
- DELONE, W. H.; MCLEAN, E. R. The DeLone e Mclean Model of Information Systems Success: a ten-year update later. *Journal of Management Information Systems*, v. 19, n. 4, p. 9-30, set. 2003.
- DOSI, G. The nature of the innovative process. In: DOSI, G. et al. (Org.). *Technical change and economic theory*. Londres: Pinter Publishers, 1988.
- FERRAZ, M. B. *Dilemas e escolhas do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.
- FERREIRA JUNIOR, W. C. *Ampliação dos serviços hospitalares privados na Cidade de São Paulo: uma estratégia ou uma aposta*. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <[http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/Walter_Cintra\(1\).pdf](http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/Walter_Cintra(1).pdf)>.
- FREITAS, M. E. *Cultura organizacional: identidade, sedução e carisma?* Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- FIORENTINI, S. P. *Ensino e pesquisa em hospitais privados: estudo de sete hospitais brasileiros, de grande porte, associados à ANAHP, situados no município de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2005.
- HERZLINGER, R. E. Why innovation in health care is so hard. *Harvard Business Review*, p. 2-10, maio 2006.
- HERZLINGER, R. E - 21st –Century Health Care Management Education: Confronting Challenges for Innovation with a Modern Curriculum. *Health Management Policy and Innovation*, v. 1, n. 2, p. 38-44, 2013.

- KUHN, T. S. *A Estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- LEMOS, C. A inovação na era do conhecimento. In: LASTRES, H. M. M.; ALBAGLI, S. *Informação e globalização na era do conhecimento*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- MALIK, A. M.; PENA, F. P. M. *Administração estratégica em hospitais*. São Paulo, FGV-EAESP, NPP, n. 21, 2003. Disponível em: <<http://gvpesquisa.fgv.br/publicacoes/gvp/administracao-estrategica-em-hospitais>>.
- MALIK, A. M.; TELLES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3- 51, 2001.
- OCDE; EUROSTAT; FINEP. *Manual de Oslo: diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação*. 3. ed. Brasília: FINEP, 2005.
- PAES, L. R. de. A. *Gestão de operações em saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011.
- QUEIROZ, A. C. S.; MALIK, A. M.; STAL, E. Capacidades dinâmicas, inovação e modelos organizacionais: a trajetória de uma organização hospitalar. In: EnANPAD, 21., 2007. *Anais...* 2007.
- QUEIROZ, A. C. S.; VASCONCELOS, F. C. Organizações, confiabilidade e tecnologia. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 40-51, 2005.
- REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, NOV. 2012.
- SCHEIN, E. H. Culture: the missing concept in organization studies. *Administrative Science Quarterly*, v. 41, n. 2, p. 229-240, Jun. 1996.
- SCHOUT, D. et al. Modelo tecno-assistencial do mercado supletivo, seus atores e a qualidade da assistência cardiologia/oncologia. Região Metropolitana de São Paulo. In: OPS; MS; ANS. *Regulação*

e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da rede de centros colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2009.

STEUER, R. et al. *(Re) construção social de uma organização de saúde*. Relatório de pesquisa. SES/SP – GV saúde, 2009.

TIDD, J.; BESSANT, J.; PAVITT, K. *Gestão da inovação*. Porto Alegre: Bookman, 2008.

VECINA NETO. G. ; MALIK, A. M.(Org.). *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VELOSO, G.; MALIK, A. M. Modern Hospitals are networks of organizations. *Revista Einstein*, v. 5, n. 1, p. 10-5, 2007.

WILKIN, C. L.; CERPA, N. *Journal of Technology and Management Information*, v. 7, n. 2, p. 52-62, 2012.