

AMBIENTE DE INOVAÇÃO EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Denise Del Prá Netto Machado

Doutora em Administração de Empresas pela Fundação Getulio Vargas – FGV/SP
Professora da Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB
E-mail: delpra@furb.br (Brasil)

Luciano da Costa Barzotto

Mestrado em Administração pela Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB
Professor do Instituto Federal Farroupilha – IF-Farroupilha
E-mail: lbarzotto@yahoo.com (Brasil)

RESUMO

No mercado atual – dinâmico e altamente competitivo –, as organizações são desafiadas a inovar métodos, sistemas, produtos e serviços para garantir a própria sobrevivência. No que tange a organizações hospitalares não é diferente, pois é por meio da inovação nos processos de qualidade que estas obtêm vantagens competitivas sustentáveis. Nesta pesquisa descritivo-exploratória, com análise quali-quantitativa, objetiva-se caracterizar o ambiente de inovação do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, localizado no Oeste do Estado do Paraná. O levantamento qualitativo objetivou a construção da linha do tempo e o quantitativo, por meio da técnica de Análise Fatorial, o agrupamento das dimensões para definição dos aspectos mais importantes em inovação para o hospital. Para tanto, entrevistou-se alguns membros-chave da organização e aplicou-se o questionário do Minnesota Innovation Research Program (MIRP), um instrumento de pesquisa com 29 dimensões relacionadas aos grupos de inovação e aos fatores internos e externos à organização. Constatou-se que a instituição pesquisada apresenta características de ambiente inovador e que as dimensões padronização dos procedimentos, estrutura de mercado, concorrência e comunicação foram as que mais corroboraram para sua **acreditação**. A **acreditação** é um padrão de qualidade que consiste numa significativa inovação frente ao diminuto número de hospitais brasileiros.

Palavras-chave: Ambiente de Inovação; Instituição Hospitalar; Inovação.

1 INTRODUÇÃO

Sobreviver num mercado turbulento e instável como o atual não é tarefa fácil. Requer ferramentas eficazes, valores organizacionais bem definidos, objetivos, estratégias e, principalmente, um ambiente aberto a novas ideias, no qual a competência e a criatividade sejam características valorizadas. Afinal, para obter vantagens competitivas sustentáveis, as organizações precisam lançar produtos e serviços inovadores, harmonizados às necessidades e expectativas dos clientes.

O Minnesota Innovation Research Program (MIRP), da Universidade de Minnesota, nos Estados Unidos, desenvolveu o Minnesota Innovation Survey (MIS), um instrumento de pesquisa para estudar o processo de inovação e as variáveis ambientais que influenciam seu desenvolvimento. Para o MIRP, o processo de inovação consiste numa série de eventos decorrentes da interação e inter-relação entre as pessoas, ao longo do tempo, para desenvolver e implementar ideias inéditas, as quais viabilizem o alcance de objetivos economicamente mensuráveis.

Esses eventos estão relacionados às mudanças ocorridas em cada um dos componentes-chave do processo de inovação: **ideias, pessoas, resultado e mudanças**. Destaca-se que a alteração de qualquer um deles poderá modificar os demais, pois, no contexto organizacional, as **ideias** são produzidas por **pessoas** que se esforçam para que as transações entre os diversos grupos da empresa produzam **mudanças** que levem a **resultados**. Com base nestas premissas, o presente trabalho possui como objetivo geral caracterizar o ambiente de inovação em uma instituição hospitalar do Oeste do Estado do Paraná, por meio da metodologia apresentada pelo MIS. Como objetivos específicos, buscou-se: a) identificar a existência de uma inovação relevante nessa instituição hospitalar; b) verificar a existência de características de ambiente de inovação; c) agrupar as dimensões do MIS para determinar a existência de fatores que expliquem o ambiente de inovação da instituição hospitalar pesquisada.

Uma das principais razões para se estudar o ambiente de inovação em uma instituição hospitalar do Oeste do Paraná é a importância desta para o desenvolvimento socioeconômico da região. Ademais, esta pesquisa visa contribuir para o reconhecimento de variáveis que caracterizem o ambiente de inovação, identificando – por meio da metodologia MIS – fatores que contribuam para o desenvolvimento de inovações.

2 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

2.1 INOVAÇÃO

Originado do latim *innovo, innovare*, o termo inovar significa tornar novo, renovar ou introduzir novidades de qualquer espécie, modernizar. Da mesma forma, inovação deriva da palavra *innovatione*, que significa renovado ou tornado novo (Barbieri, 2004; Machado, 2004; Vicenti, 2006). Portanto, denomina-se inovação um produto ou serviço novo, surpreendente, que atenda às expectativas, necessidades e desejos do consumidor (Damanpour, 1996).

Segundo Rogers (1995), inovação consiste numa ideia, prática ou bem material de relevante aplicação. Luecke (2003) a conceitua como a incorporação de conhecimentos a algo original e relevante. Hussey (1997) a descreve como uma ideia criativa aplicada ao ambiente de trabalho, ou seja, convertida em uma ação. Já Kotler e Keller (2006) a definem como um produto ou serviço percebido como inovador.

De acordo com Schumpeter (1988), as inovações dos meios de produção impulsionaram e mantiveram o capitalismo. O autor acrescenta, no entanto, que a invenção de novos processos, bens e métodos pode não se converter em inovação.

Enquanto não forem levadas à prática as invenções são economicamente irrelevantes. E levar a efeito qualquer melhoramento é uma tarefa inteiramente diferente da sua invenção e uma tarefa, ademais, que requer tipos de aptidão inteiramente diferentes. Embora os empresários possam naturalmente ser inventores exatamente como podem ser capitalistas, não são inventores pela natureza de sua função, mas por coincidência e vice-versa (Schumpeter, 1988, p. 62).

Para Afuah (2003, p. 14), “inovação requer a invenção e a comercialização”. Van De Ven, Polley, Garud e Venkataraman (1999) corroboram essa ideia ao explicar que nem toda invenção se converte em inovação; enquanto a primeira limita-se à criação, a segunda envolve a criação, o desenvolvimento e a implementação de novas ideias. Barbieri (2004) e Gundling (1999) acrescentam que inovação consiste na implementação de algo que gere lucros. Infere-se, portanto, que a aplicabilidade, a destinação e o potencial para gerar ganhos econômicos é o que converte uma invenção em inovação.

A inovação se dá em produtos, serviços, processos, métodos, ideias ou sistemas de gestão. Para Afuah (2003), a inovação de produtos ou serviços implica menor custo, conhecimentos inéditos e diferenciais que levem algo novo aos consumidores. Berry e Shankar (2006) associam a inovação de serviços às melhorias de desempenho percebidas como benefícios, e que influenciam o comportamento dos clientes e concorrentes. Van de Ven et al. (1999, p. 9) acrescentam que “uma ideia percebida como

nova pelas pessoas envolvidas é uma ‘ideia inovadora’, mesmo que pareça a outros uma ‘imitação’ de algo que existe em outro lugar”.

Rosenberg (1976) classifica as inovações de acordo com o grau de novidade: as radicais, que causam considerável impacto mercadológico ou econômico; e as incrementais, que ocorrem gradualmente ao longo do tempo. Para Van de Ven et al. (1999), a inovação radical altera completamente a ordem das coisas, tornando-as obsoletas e transformando radicalmente os negócios; e a inovação incremental apresenta aperfeiçoamentos relativos no que já existe, não eliminando a competitividade.

2.2 AMBIENTE DE INOVAÇÃO

Conforme Christensen (2003), a produção de ideias que resultem em inovações é uma questão de sobrevivência para as organizações. Por isso, os gestores precisam criar um ambiente favorável, no qual as pessoas se sintam estimuladas a contribuir, competir de forma saudável para buscar o novo. Nesse sentido, as pesquisas de Damanpour (1991), Kimberly e Evanisko (1981), Schumpeter (1988) e Van de Ven et al. (1999) demonstram que um bom processo de gestão aliado a um ambiente que estimule a inovação como paradigma de sobrevivência e sustentabilidade são elementos preponderantes para o sucesso ou fracasso de serviços e produtos no mercado.

Para Mintzberg, Ahlstrand e Lample (2000), o comportamento inovador não surge ao acaso, ele advém da necessidade de elaborar e planejar novas estratégias para lidar com as mudanças ambientais. Nesse sentido, Van de Ven, Angle e Poole (2000) destacam que, por resultar da interação entre acontecimentos dos ambientes interno e externo, o processo de inovação modifica o *status quo*, levando os membros da organização a adotarem novas posturas.

Segundo Machado e Moraes (2002), uma gestão participativa, por exemplo, pode desencadear um processo de inovação não intencional, no entanto, nada impede que este seja intensificado através de planejamento, motivação e valorização de novas ideias. De acordo com Leite (2005, p. 17), determinada “invenção não pode ser prevista, mas os gestores devem criar um ambiente, metodologias, estrutura e convívio pessoal adequados que favoreçam a inovação”. Barbieri, Álvares, Nobre e Machado (2003) corrobora essa ideia ao afirmar que no ambiente favorável à inovação há motivação, satisfação, estímulo à criatividade, ao empreendedorismo interno e recompensas. Nele os erros são entendidos como aprendizado.

Para se criar um ambiente favorável à inovação também é preciso se ter em conta que sujeitos inovadores são espontâneos, livres e se divertem com o desafio. Para eles, uma tarefa bem realizada influencia no desempenho da organização. Por isso, buscam uma cultura organizacional igualitária,

espaço físico e recursos para desenvolver suas atividades. Profissionais inovadores atribuem maior importância ao reconhecimento público de suas contribuições e a oportunidades de desenvolvimento educacional e profissional do que aos cargos gerenciais (Fry & Saxberg, 1998).

Para Galbraith e Lawler (1997), o processo de inovação requer: (a) um defensor que se dedique integralmente ao sucesso da ideia; (b) um profissional que descubra fontes de financiamento para o desenvolvimento do projeto; e (c) um patrocinador que proteja o defensor da ideia, viabilize a experimentação de novas propostas e incentive o surgimento de ideias eficazes. Conforme Tushman e Nadler (1997), as organizações inovadoras incentivam redes de comunicação informal que contribuem tanto para resolução de problemas quanto para disseminação dos valores organizacionais.

2.3 MODELOS DE INOVAÇÕES

Um estudo sobre inovação foi desenvolvido pelo grupo de pesquisadores do Minnesota Innovation Research Program (MIRP), que elaborou um instrumento de pesquisa denominado Minnesota Innovation Survey (MIS). Esse modelo investiga a trajetória da inovação no contexto organizacional. Conforme descrito no quadro 1, o MIS se alicerça em cinco conceitos básicos: **ideias, resultados, pessoas, transações e contextos**.

Motivar e coordenar as **pessoas** a desenvolver e implementar novas **ideias** engajando-se em **transações** (ou relacionamentos) com outros e fazer as adaptações necessárias para alcançar os **resultados** desejados dentro de um *contexto* organizacional e institucional em mudança (Van De Ven et al., 2000, p. 9).

CONCEITO	DESCRIÇÃO
IDEIAS	A criação da nova ideia é a invenção, o seu desenvolvimento e implementação resultam na inovação. A nova ideia pode ser a recombinação de velhas ideias, um esquema que desafia a ordem atual ou uma fórmula ou abordagem que é percebida como nova por aqueles envolvidos com a inovação. Embora muitas vezes possa ser percebida como uma imitação por outros que não estão envolvidos com a ideia.
RESULTADOS	Ocorrem em um momento específico após o desenvolvimento e implementação da nova ideia. Esta pode tornar-se uma inovação como também resultar em erro ou falha. Periodicamente, ao longo do desenvolvimento das novas ideias, o MIRP pode identificar indícios de que a nova ideia se efetivará como uma inovação.
PESSOAS	Muitas inovações são complexas para uma única pessoa, dessa forma grupos de pessoas precisam ser recrutados, organizados e dirigidos. A associação de pessoas resulta na interação de diferentes habilidades, níveis de energia e percepções que favorecem as inovações.
TRANSAÇÕES	As relações inerentes ao gerenciamento de inovações envolvem: a) o relacionamento entre colegas, entre chefes e entre estes e seus subordinados; b) o comprometimento para obter e alocar recursos; e c) envolvimento entre diferentes unidades, grupos ou organizações para obter recursos para desenvolver as inovações ao longo do tempo.

CONTEXTO	É o cenário ou ambiente institucional onde as ideias de inovação são desenvolvidas e transacionadas entre as pessoas. O processo de inovação deve abranger uma concepção macro, referindo-se à infraestrutura organizacional necessária para implementar e comercializar uma inovação.
-----------------	--

Quadro 1 – O processo de inovação.

Fonte: Adaptado de Van De Ven et al. (2000, p. 12-18).

Segundo Van De Ven et al. (2000), os pesquisadores do MIRP dividiram o trabalho em três etapas: 1^o) desenvolveram estudos exploratórios para ter acesso às organizações e familiarizarem-se com as inovações; 2^o) realizaram estudos de caso e mapearam eventos; 3^o) identificaram quais aspectos de cada inovação deveriam ser aprofundados e iniciaram os estudos longitudinais. A pesquisa considerou quatro variáveis: dimensões internas; fatores contingenciais/situacionais; dimensões externas da inovação; e resultados. Van De Ven et al. (2000) contextualizaram essas quatro variáveis da seguinte forma: (a) dimensões internas envolvem o contexto da unidade de inovação organizacional e seus processos, incluindo ideias inovadoras, pessoas, transações e contexto; (b) dimensões externas dizem respeito ao ambiente transacional e global da unidade de inovação; (c) efetividade percebida é considerada como último critério de validação das dimensões internas e externas do MIS; e (d) fatores situacionais e contingenciais mensurados com instrumentos não pertencentes ao MIS para examinar seu modelo de medição. Esse agrupamento resultou em 29 dimensões que descrevem os níveis de percepção envolvidos no processo de inovação (Quadro 2).

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	TIPO DE INFLUÊNCIA	FORMA DE AVALIAÇÃO
1. Eficiência Percebida com a Inovação	Grau com que as pessoas perceberam como a inovação atendeu às expectativas sobre o processo e sobre resultados.	Positivamente relacionado com o sucesso da inovação por meio da percepção dos participantes em relação aos resultados atingidos.	Satisfação com progresso alcançado; eficiência na resolução de problemas; progresso identificado com expectativas; taxa de eficiência; inovação atendendo a objetivos.
2. Incerteza sobre a Inovação	Dificuldade e variabilidade das ideias inovadoras percebidas pelas pessoas envolvidas com o processo.	Quanto maior a incerteza, menor o índice de eficiência da inovação, mantidos constantes os outros fatores.	Conhecimento dos passos da inovação; escala de previsibilidade dos resultados; frequência dos problemas; grau de repetição dos problemas.
3. Escassez de Recursos	Pressão por carga de trabalho e competição por recursos.	Níveis moderados de escassez de recursos estão positivamente relacionados ao sucesso da inovação.	Peso da carga de trabalho; competição por recursos financeiros e materiais e por atenção da administração; competição interpessoal.

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	TIPO DE INFLUÊNCIA	FORMA DE AVALIAÇÃO
4. Padronização de Procedimentos	Processos são padronizados quando há um grande número de regras a seguir e estas são especificadas detalhadamente.	Quanto maior a padronização das regras e tarefas necessárias para o desenvolvimento da inovação, maior a eficiência percebida.	Número de regras a serem seguidas para conceber e implantar a inovação; grau de detalhamento das regras e procedimentos.
5. Grau de Influência nas Decisões	Grau de controle percebido pelos membros do grupo sobre o desenvolvimento do processo de inovação.	Está relacionado com o sucesso da inovação, pois as pessoas irão implementar com maior interesse e afinco as ideias construídas com sua participação e aprovação.	Influência na definição dos objetivos da inovação, do trabalho a ser feito, do financiamento e uso de recursos financeiros e do recrutamento de pessoal.
6. Expectativas de Prêmios e Sanções	Grau em que o grupo percebe antecipadamente que o bom desempenho será reconhecido.	Positivamente relacionado com o sucesso da inovação, pois diretamente relacionado com a satisfação no trabalho e a motivação.	Chance de reconhecimento do grupo e do individual; chances de reprimendas em grupo; chances de reprimendas individuais.
7. Liderança do Time de Inovação	Grau em que os líderes da inovação são percebidos pelos membros da equipe como promotores de um comportamento inovador.	Quanto maior o grau de liderança, mais os participantes do processo irão perceber a eficiência da inovação.	Encorajamento de iniciativas, delegação de responsabilidades; fornecimento de <i>feedback</i> ; confiança nas pessoas; prioridade para o cumprimento de tarefas e manutenção de relacionamentos.
8. Liberdade para Expressar Dúvidas	Grau em que os participantes percebem pressões para estar em conformidade com o grupo e as normas.	Quanto mais aberto o ambiente para as pessoas expressarem opiniões, mais elas perceberão a eficiência da inovação.	Críticas encorajadas; dúvidas manifestadas; liberdade para contrariar o que foi decidido.
9. Aprendizagem Encorajada	Grau em que percebem que o aprendizado e os riscos são valorizados e os erros, minimizados.	Indicadores de uma cultura organizacional que favorece a inovação.	Falhas e erros não geram interrupções na carreira; valorização do risco tomado; aprendizagem como prioridade na organização.
10. Dependência de Recursos	Extensão em que as partes percebem a necessidade de recursos financeiros, informações, materiais.	Quanto maior a dependência de recursos e o intercâmbio dos mesmos, mais fácil será conduzir o processo com eficiência.	Time de inovação precisa do outro grupo e vice-versa; quantidade de trabalho que o time fez para o outro grupo; quantidade de trabalho feita pelo outro grupo para o time.

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	TIPO DE INFLUÊNCIA	FORMA DE AVALIAÇÃO
11. Formalização	Verbalização dos termos do relacionamento entre grupos.	Quanto mais verbalizado e documentado é o processo, maiores são sua influência e resultados.	Inter-relacionamento entre grupos é verbalizado; inter-relacionamentos fielmente documentados.
12. Eficiência Percebida	Grau em que as partes acreditam que realizam suas responsabilidades e compromissos – equilíbrio	Quanto maior o equilíbrio e o respeito entre as partes, mais favorável será o clima para promoção da inovação.	Compromissos mantidos pelo outro grupo; time de inovação manteve seus compromissos; equilíbrio no relacionamento.
13. Influência	Grau em que as partes mudaram ou afetaram umas às outras.	A parceria e o compartilhamento dos trabalhos e resultados favorecem a inovação.	Time de inovação influencia o outro grupo e vice-versa; o outro grupo influenciou ou mudou o grupo de inovação.
14. Ambiente Econômico	Estrutura de mercado e concorrência.	Estabilidade, pouca concorrência e previsibilidade prejudicam a inovação.	Número de concorrentes; previsibilidade da concorrência no ambiente; estabilidade do ambiente econômico.
15. Ambiente Tecnológico	Existência de outras unidades de pesquisa e desenvolvimento.	A complexidade do ambiente tecnológico dificulta o processo de inovação.	Número de esforços R&D; previsibilidade do desenvolvimento tecnológico; estabilidade do ambiente tecnológico.
16. Ambiente Demográfico	Aspectos sociais, aspectos populacionais e níveis educacionais.	A complexidade do ambiente demográfico e sua instabilidade podem prejudicar a inovação.	Número de fatores demográficos; previsibilidade dos aspectos demográficos; estabilidade do ambiente demográfico.
17. Ambiente Legal/Regulador	Políticas governamentais, regulamentos, incentivos, leis.	A complexidade do ambiente regulador e sua instabilidade podem prejudicar a inovação.	Previsibilidade do ambiente legal/regulador; restrições da regulação; hostilidade dos reguladores.
18. Grau de Novidade	Classificação do trabalho desenvolvido pode representar uma imitação, uma adaptação ou uma originalidade.	O grau de novidade possível está relacionado aos tipos de produtos, serviços e processos da empresa.	Cópia: a política, produto ou processo já existem. A organização copia e aplica com poucas modificações; adaptação: alguns protótipos de soluções existem, trata-se de um redesenho destes; originalidade: solução ainda é desconhecida.

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	TIPO DE INFLUÊNCIA	FORMA DE AVALIAÇÃO
19. Dimensão da Inovação	Número de pessoas e quantidade de recursos empenhados em desenvolver a inovação.	Caracterização do processo: quanto maior o número de pessoas e recursos empenhados, maior a chance de sucesso.	Determinar a dimensão envolvida com a inovação, através da observação e levantamento de dados da empresa.
20. Estágio da Inovação	A inovação pode estar no estágio da ideia (concepção), no estágio de design da solução, em fase de implementação ou já incorporada pela empresa.	Avaliação do estágio da inovação no qual a empresa se encontra.	Ideia: problema identificado, procura-se a solução mais adequada; Design: solução desenvolvida e detalhes de implementação definidos; Implementação: inovação começa a ser acionada; Incorporação: inovação aceita.
21. Tempo dedicado à inovação	Tempo que cada um dedicou à inovação e à previsão.	Medida para determinar o tempo de trabalho dos indivíduos.	Quantidade de horas dedicadas à inovação por: semana, dia, mês.
22. Frequência de Comunicação	Refere-se à frequência com que os membros do time de inovação comunicam-se dentro e fora do seu grupo.	Essa construção está relacionada ao sucesso da inovação em muitos estudos, e provê uma indicação sobre o nível de interação daquele membro e sua rede de relacionamentos.	Outros membros da equipe; pessoas em outros departamentos; administradores de maior hierarquia; consultores externos; consumidores potenciais ou existentes; vendedores potenciais ou existentes; reguladores da indústria ou do governo.
23. Problemas Identificados	Refere-se aos obstáculos ou barreiras experimentados no desenvolvimento de uma inovação ao longo do tempo.	Quanto maior o número de obstáculos, mais difícil torna-se a implementação bem-sucedida de uma inovação.	Problemas de recrutamento de pessoal; falta de objetivos e planos definidos; falta de métodos claros de implementação; falta de recursos financeiros e outros; coordenação de problemas; falta de apoio ou resistência.
24. Conflitos	Refere-se a dois tipos de discórdia ou disputa no time: frequência com que ocorrem, e proteção de unidades (segmentalismo).	Os conflitos funcionam como obstáculos ao sucesso da inovação. Quanto mais autoprotetores forem os procedimentos em relação às equipes fechadas, maiores as barreiras à inovação.	Frequência com que ocorrem os conflitos.

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	TIPO DE INFLUÊNCIA	FORMA DE AVALIAÇÃO
25. Processo de resolução de conflitos	Métodos pelos quais os desentendimentos e disputas são conduzidos.	Quanto maior o controle dos conflitos, mais favorecida estará a inovação.	Ignorar ou rejeitar os conflitos; lidar superficialmente com os conflitos; confrontar as questões abertamente; recorrer à hierarquia para solucionar os problemas; relacionar problemas com os objetivos da organização.
26. Complementaridade	É o grau de benefícios mútuos ou sinergia entre as partes que compõem o relacionamento.	Quanto maior a sinergia, menor o índice de disputas, o que favorece o sucesso da inovação.	Existência de objetivos complementares; uso alternativo dos relacionamentos de trabalho.
27. Consenso/Conflito	Trata-se do grau de concordância e conflito entre as partes de um relacionamento, e a confiança existente entre elas.	Quanto maior o índice de conflito, mais difícil se torna o sucesso da inovação. Pelo contrário, havendo concordância e confiança no sucesso, torna-se mais provável seu sucesso.	Frequência de conflitos; competição entre as partes; confiança entre as partes.
28. Frequência de comunicação	Frequência de contato entre as partes de um relacionamento, durante o processo de inovação.	Quanto mais fluida a comunicação, mais diminui-se a probabilidade de conflitos. É positiva para o sucesso da inovação.	Frequência dos contatos entre membros do time de inovação com o outro grupo.
29. Duração do relacionamento	Período que se espera que dure um relacionamento iniciado com o processo de inovação.	Índice de um bom contato entre os grupos. Índice que soma favoravelmente ao sucesso da inovação.	Quanto tempo se espera que dure a relação, ou quanto tempo durou de fato, após o término do processo de inovação.

Quadro 2 – Fatores condicionantes do meio inovador interno: Lista integral.

Fonte: Adaptado de VAN DE VEN (2000).

No Brasil, outros autores – como Barbieri (2003), Machado (2004) e Vicenti (2006) – empregaram as dimensões do MIS para caracterizar o ambiente de inovação de organizações. Traçaram uma linha do tempo para analisar a relação entre os eventos e as inovações produzidas, e estudaram a percepção dos envolvidos em relação às inovações. Essas pesquisas demonstraram que dentre os fatores condicionantes do meio inovador estão: eficiência percebida, incerteza sobre a inovação, escassez de recursos, padronização de procedimentos, grau de influência nas decisões, expectativas de prêmios e sanções, liderança do time de inovação, liberdade para expressar dúvidas e aprendizagem encorajada. Para Barbieri (2003), as pesquisas centradas em inovações partiram de uma estrutura comum, alicerçada em ideias, resultados, pessoas, transações e contextos.

A escolha do modelo MIS para nortear este trabalho se deve à solidez e amplitude do método, que permite examinar como e por que a inovação surge, se desenvolve e finaliza.

2.4 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR: QUALIDADE E INOVAÇÃO

As organizações empresariais e, muito especificamente, as empresas prestadoras de serviço hospitalar estão passando por um momento de intensa concorrência, marcada por constantes mudanças de cenário, tanto no ambiente interno quanto no externo, o que exige que essas organizações estejam capacitadas a enfrentar os desafios que se impõem. E, para isso, é imprescindível que elas se reinventem e criem diferenciais competitivos para sobreviver e competir e, acima de tudo, capacitem-se para entregar aos seus pacientes um serviço alicerçado em qualidade excelente e entrega de valor.

O setor de serviços é diverso. Howells e Tether (2004) classificam os serviços em quatro grupos: aqueles que lidam com produtos (como transporte e logística); os que trabalham com informação (tais como os *call centers*); os baseados em conhecimento; e aqueles que lidam com pessoas (como cuidados com a saúde e hospitalares). Embora esta diversidade deva ser lembrada, muitas características gerais aplicam-se à maioria dos serviços.

Segundo Albrecht (2003, p. 21), a administração de serviços “é um enfoque organizacional global que faz da qualidade do serviço, tal como sentida pelo cliente, a principal força motriz do funcionamento da empresa”. De forma semelhante, Grönroos (2003, p. 85) afirma que “qualidade é o que os clientes percebem [...] os clientes muitas vezes percebem qualidade como um conceito muito mais amplo e, além disso, outros aspectos, que não os técnicos, em geral dominam a experiência com a qualidade”.

Vale aqui mencionar, também, a visão de Grönroos (2003, p. 89) acerca da importância da qualidade e excelência em serviços, sob um ponto de vista de diferencial competitivo: “[...] qualidade é frequentemente considerada uma das chaves do sucesso. Afirma-se que a vantagem competitiva de uma empresa depende da qualidade, e o valor, de seus bens e serviços. Em contextos de serviços, qualidade pode ser o fundamento do diferencial competitivo”.

Para Grönroos (2003), não bastam critérios de qualidade assentados na técnica ou na perfeição técnica dos produtos ofertados aos seus clientes; fundamentalmente, o que agrega valor para o cliente são os relacionamentos e a estratégia da organização em prever as expectativas dos clientes, entregando-lhes um esmerado atendimento. O que implica, segundo o autor, a correta implantação de uma estratégia de serviços.

Manter-se no mercado implica renovação constante de suas competências e do uso de estratégias e ferramentas eficazes para que a qualidade se mantenha constante e faça parte dos valores da organização. Estas ferramentas e estratégias estão inseridas dentro de conceitos-chave que integram

a inovação e que buscam reforçar a posição competitiva da organização produzindo retornos econômico-financeiros e de desempenho mensuráveis.

A inovação é tão importante na assistência à saúde quanto nos demais setores industriais. Em outros setores, as empresas prosperarão se inovarem, e fracassarão se mantiverem suas antigas abordagens. Contudo, na assistência à saúde, a inovação tem sido quase sempre discricionária e aleatória porque o valor superior não é medido nem recompensado (Porter & Teisberg, 2007, p. 130).

Ao confrontar-se com estas afirmações deve-se ter em conta que, embora nem sempre sejam prontamente reconhecidas como tal, as inovações representam sempre oportunidades de melhorias estratégicas, organizacionais, de processo e até mesmo com sensíveis minimizações de custo. Entretanto, os paradigmas que alicerçam as políticas têm que ser modificados. A competição por resultados deve estimular não somente a demanda pela qualidade na assistência, mas também a busca do valor ao paciente.

As inovações de produtos no setor de serviços podem incluir melhoramentos importantes no que diz respeito a como elas são oferecidas (por exemplo, em termos de eficiência ou de velocidade), à adição de novas funções ou características em serviços existentes, ou à introdução de serviços inteiramente novos (Organisation for Economic Co-Operation and Development [OCDE], 1997, p. 58). No caso dos serviços hospitalares, os processos de busca de certificação de qualidade (**acreditação** hospitalar) constituem-se em considerável inovação, frente ao diminuto número de hospitais brasileiros que possuem idêntico reconhecimento pela excelência de seus processos.

A crescente complexidade técnico-científica e profissional envolve muitos fatores e não apenas a atuação do médico na assistência. Dessa forma, o conceito milenar de responsabilidade apenas do médico desloca-se para o sistema multifatorial saúde, além da eficiência e eficácia, passando-se a avaliar resultados e não apenas o atendimento em si.

O termo acreditar significa “**conceder reputação a, tornar digno de confiança**”, dar crédito, crer, ter como verdadeiro, dar ou estabelecer créditos (Organização Nacional de Acreditação [ONA], n.d.). Um serviço de saúde ao tornar-se acreditado adquire o status de uma instituição que inspira ou merece confiança da sua comunidade. Define-se **acreditação** como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado. Nas experiências brasileiras e internacionais é uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e atualização da sua metodologia. Seus princípios têm um caráter eminentemente educativo voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado (ONA, 2007).

Segundo Antunes (2002), a **acreditação** de organizações de saúde originou-se nos Estados Unidos e, aos poucos, foi estendendo-se para outros países. Na atualidade, este processo avaliativo vem adquirindo maior visibilidade social em todo o mundo, à medida que se deseja obter informações mais específicas sobre a qualidade dos serviços oferecidos.

Nos Estados Unidos, o processo de **acreditação** originou-se de iniciativas da corporação médica, que desenvolveu um sistema de padronização hospitalar baseado na avaliação do resultado final, por meio do qual se verificava a efetividade do tratamento médico e a adoção de padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares, que passou a ser conhecido, genericamente, como **Padrão Mínimo** (Antunes, 2002, p. 24).

O padrão mínimo foi o precursor do processo de **acreditação** hospitalar nos Estados Unidos, “onde várias entidades representativas do setor passaram a compor a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), que manteve os princípios gerais do processo delineado e o trinômio avaliação, educação e consultoria” passou a ser enfatizado (Antunes, 2002, p. 25). O caráter voluntário de submissão ao processo também foi mantido, mesmo ao longo da expansão vivida pelo programa, que passou a ser chamado de Hospital Accreditation Program (Programa de Acreditação Hospitalar).

Embora este processo tenha sido trilhado desde a década de 1970 em todo o mundo, somente nos anos 1990 é que o movimento começa timidamente a se iniciar no Brasil, decorrente da evidência do fenômeno japonês como produtor no mercado mundial referente a sua competitividade. Alguns hospitais iniciam a busca de mecanismos de controle de qualidade por meio de seus gestores profissionais. Convém lembrar que, em sua maioria, os gestores ainda eram, naquela década, profissionais da área da saúde, cabendo a poucas instituições hospitalares a busca por instrumentos de gestão da qualidade (Taulib, 1993).

Para Antunes (2002), em 1970 a Joint Commission optou por definir padrões ótimos de assistência, que foram publicados no *1970 Accreditation Manual for Hospitals*, e estabeleceu critérios mínimos indispensáveis para o funcionamento dos serviços, transformando-os em elementos reveladores de provável elevado padrão de prestação de assistência médica. Esta mudança no perfil dos critérios utilizados para o estabelecimento de padrões indica a transição do foco de atenção da Joint Commission, originalmente na estrutura, para a consideração dos processos e resultados da assistência. A denominação da organização mudou de Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) para Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), em 1987, refletindo a expansão do objetivo das atividades de **acreditação**.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o programa de qualidade com o objetivo de promover a cultura da qualidade. Esse projeto estabeleceu a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde, que contava com um coordenador e a participação de representantes da profissão médica,

provedores de serviços, consumidores e órgãos técnicos relacionados ao controle de qualidade. A comissão desempenhou importante papel no estabelecimento das diretrizes do programa e na sua disseminação. Dada a importância do tema tratado e a ênfase a ele destinada nas outras esferas do governo, as atividades de melhoria da qualidade na saúde passaram a ser consideradas estratégicas (Antunes, 2002).

Dada a necessidade da existência de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados a um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde, é constituída, em abril/maio de 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA). A partir desta data, esta organização fica responsável pelo estabelecimento de normas técnicas, credenciamento de instituições acreditadoras, qualificação e capacitação de avaliadores e o código de ética. Estabelece padrões e monitora o processo de **acreditação** realizado pelas instituições acreditadoras.

Ao se compreender que a missão maior da certificação é a promoção do desenvolvimento de um processo de **acreditação**, visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde no país, fica evidente a preocupação em assegurar aos cidadãos qualidade na assistência em todas as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS), buscando harmonia na interação entre áreas médicas, tecnológicas, administrativas, econômicas, assistenciais e também nas áreas docentes e de pesquisa.

O desenvolvimento de programas de garantia da qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético e moral. Toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial a favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente, de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, das áreas docentes e de pesquisa (Novaes, 1998).

2.4.1 Organização Hospitalar Objeto de Estudo

O Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) foi construído pela Itaipu Binacional e inaugurado em 1979, originalmente apenas para atender aos trabalhadores contratados para a construção e operação da usina. Tal decisão foi tomada à época devido às limitações dos serviços de saúde da cidade diante do aumento da demanda ocorrida pela presença de trabalhadores que se instalaram em Foz do Iguaçu, oriundos de diversas regiões do Brasil. Concluída a construção da usina e, conseqüentemente reduzido o número de trabalhadores que prestavam serviços à Itaipu Binacional, o hospital passou a apresentar capacidade ociosa.

Posteriormente, em novembro de 1994, a Itaipu instituiu a Fundação de Saúde Itaipuapy, uma entidade de direito privado sem fins lucrativos para administrar e operar o HMCC, que passou a atender a comunidade de Foz do Iguaçu e região. Em 2001 e 2002, com o objetivo de minimizar a carência de serviços de alta complexidade na região, a Fundação de Saúde Itaipuapy investiu recursos

oriundos de convênios com a Itaipu Binacional, Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer em ampliações, reformas estruturais, equipamentos e instrumentais que habilitaram o HMCC a atuar nas áreas de oncologia, cirurgia cardíaca, neurocirurgia, ortopedia e hemodiálise. Em abril de 2003, o hospital inaugurou o Pronto-Socorro do Trauma, que atende vítimas de qualquer tipo de acidente. Em meados desse mesmo ano, o HMCC passou a disponibilizar todos esses tratamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Böhm, 2006).

O HMCC transformou-se em referência na região. Dispõe, atualmente, de 14.166,22 m² de área construída; conta com serviço de internação em 170 especialidades médicas, 200 leitos, 80 para particulares e conveniados e 120 para usuários do SUS; centro cirúrgico composto por 6 salas, centro obstétrico com uma sala de parto e outra de cirurgia, unidade de pronto atendimento, pronto-socorro de trauma e demais áreas de apoio. A Fundação de Saúde Itaipu é composta por 198 médicos e 911 colaboradores (Hospital Ministro Costa Cavalcanti [HMCC], n.d.).

Observa-se que, nesse processo de expansão, a assistência à saúde e a prática médica apresentam um crescimento extraordinário da quantidade, qualidade e complexidade, em uma velocidade que dificultou a atualização da estrutura e dos processos da organização. Sendo assim, a Fundação de Saúde Itaipu passa por uma fase de significativas modificações em sua estrutura, decorrente da implantação de procedimentos de alta complexidade e da ampliação do seu volume de atendimento. Essa nova dinâmica bem como a imagem positiva dos serviços prestados pelo HMCC e a demanda reprimida dos serviços de saúde em função da escassez de oferta levaram à reflexão sobre qual era o papel a ser desempenhado pela fundação no que tange à prestação de serviços de saúde em Foz do Iguaçu e região. Por iniciativa da Itaipu Binacional, foi contratada uma consultoria especializada para a elaboração de um planejamento estratégico para o biênio 2003-2004, que contemplasse as necessidades organizacionais aliadas aos interesses públicos de prestação de serviços de saúde.

Participaram, direta ou indiretamente, da elaboração do planejamento estratégico 2003-2004 do HMCC várias organizações, entre as quais Itaipu Binacional, Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná, 9^a Regional de Saúde do Estado do Paraná, Secretaria Municipal de Saneamento e Saúde de Foz do Iguaçu, Conselho de Curadores e Conselho Diretor da Fundação da Saúde Itaipu; e corpo clínico do HMCC e vários funcionários.

Através da participação desses agentes foram identificados os serviços prioritários necessários para a região. Observa-se, nesse processo de mudança da organização, por sua inserção na comunidade, principalmente pela expansão da assistência aos usuários do SUS, que houve mudanças internas significativas na gestão. Todo processo ocorrido nos últimos dois anos foi acompanhado pela mudança do corpo diretivo e do modelo de gestão adotado. Alguns aspectos de mudança interna que

podem ser citados se relacionam com o processo de tomada de decisão (de forma mais descentralizada), investimento na capacitação, desenvolvimento do corpo funcional e, sobretudo, uma gestão mais aberta e humanizada, sem deixar de lado, porém, a busca do equilíbrio econômico e financeiro. Mas o que mais impactou nos resultados e que se relaciona diretamente com este trabalho é o foco irrestrito na qualidade, tanto no atendimento quanto na prestação dos serviços.

O HMCC vive, atualmente, a necessidade de inovar e se adequar à sua realidade de inserção e referência regional para o atendimento de alta complexidade dos pacientes do SUS, sem perder o mercado no atendimento aos convênios e particulares, que mantêm o equilíbrio econômico-financeiro da organização. E isso passa, inevitavelmente, pela certificação (**acreditação**) como forma de destacar-se neste cenário regional e firmar-se cada vez mais como referência em serviços de saúde.

Baseado nestas evidências, infere-se que a necessidade de uniformidade e sistematização dos processos, culminando com a oficialização da qualidade por meio dos órgãos competentes e a implantação do projeto de **acreditação** no HMCC, foi um passo definitivo para consolidar a visão inovadora pretendida, além de constituir uma forma que procura corroborar o pensamento de Knox (2002), que afirma que novas habilidades alicerçadas na inovação são julgadas pela referência que se tem, comparativamente, aos competidores, colocando a empresa como sendo a **melhor no mercado** e, ao mesmo tempo, impulsionando os gestores e demais colaboradores na obsessiva busca de aumentar o valor a ser entregue aos clientes.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A primeira parte desta pesquisa caracteriza-se como um estudo exploratório com método qualitativo (Richardson, 1989; Triviños, 1987). Intencionalmente, optou-se por uma empresa de ponta, que estivesse em busca ou conquistado a **acreditação**, figurasse entre as maiores da Região Oeste do Paraná em termos de faturamento e com mais de mil empregados. A empresa estudada pode ser considerada extremamente complexa: a organização hospitalar. Por concentrar características de empresas industriais, em que há produção ou manufatura de produtos, e características de empresas comerciais, em que existem ações voltadas para a comercialização de produtos e suas estratégias de *marketing*, e por ser, também, uma prestadora de serviços em que, notadamente, se desenvolvem as mais complexas e variáveis ações. Estão agregados conhecimentos técnico-científicos, rotinas operacionais e uma preocupação constante em enquadrar estes resultados em parâmetros de qualidade, eficiência, segurança e satisfação dos clientes.

O procedimento foi de levantamento de dados por meio de entrevistas. Nesta fase, uma organização hospitalar de grande relevância e atuação regional foi analisada em profundidade, por

meio de entrevistas semiestruturadas que permitiram entender a relação existente entre as pessoas diretamente envolvidas com a inovação. Samara e Barros (1997) esclarecem que as pesquisas qualitativas são realizadas a partir de entrevistas individuais ou discussões em grupo, e sua análise verticalizada em relação ao objeto em estudo permite identificar pontos comuns e distintivos presentes na amostra escolhida.

A população da instituição pesquisada é composta por 911 empregados da área operacional e 198 médicos. Para construir a linha do tempo da instituição hospitalar, utilizou-se uma amostra estratificada, ou seja, entrevistou-se 2 diretores, 1 supervisor e 4 gerentes. Para permitir um relato fidedigno da história do hospital, adotou-se como critério de seleção da amostra o tempo de trabalho na instituição, o conhecimento e a participação direta na gênese dos processos.

A segunda parte da pesquisa caracteriza-se como descritiva com método quantitativo (Richardson, 1989). Aplicou-se um questionário contendo 93 questões em escala *Likert* de cinco pontos, envolvendo as 29 dimensões apresentadas no Quadro 2. O questionário MIS – originalmente desenvolvido pelo MIRP, em língua inglesa – foi aplicado em 28 indivíduos diretamente envolvidos com os processos de **acreditação** da organização. O mesmo foi enviado a 32 empregados que estavam diretamente envolvidos com o processo, no entanto retornaram somente 28 questionários totalmente preenchidos. Assim, a amostra foi composta por 87,5% do total de membros declaradamente comprometidos com a inovação.

Em posse dos dados do questionário, foram feitas análises de confiabilidade (α), e optou-se por três medidas de verificação com a utilização do *alfa de Cronbach*: (a) consistência do instrumento de levantamento de dados utilizando todas as respostas individualmente, sem retirar informações com pouco poder de explicação, nas quais se obteve um alfa de 0,632; (b) consistência do instrumento de levantamento dos dados, retirando respostas sem poder de explicação, nas quais se obteve resultados consistentes de 0,671; e (c) consistência e confiabilidade na agregação das respostas de cada dimensão do MIS – com alfa de 0,747 – que formaram o indicador daquela Dimensão específica. Todas as questões propostas foram consideradas fidedignas (Hair, Tatham, Anderson, & Black, 2005), corroborando o pressuposto de que os alicerces desta pesquisa realmente são condizentes com a pesquisa original do MIS. A partir destes cálculos, foi possível considerar como fidedignas as questões propostas e assim foi possível a mensuração e a delimitação dos elementos que caracterizam uma organização inovadora, segundo a metodologia do MIS.

Após a análise da confiabilidade, buscou-se o agrupamento das dimensões que mais se correlacionavam. Para isto, optou-se pelo uso da técnica de Análise Fatorial Exploratória (AFE), que busca o agrupamento de variáveis conforme suas correlações. Esta técnica objetiva a conjunção de variáveis que possuem um grupo particular de características, semelhantes e correlacionadas entre si.

Embora haja correlações entre praticamente todas as variáveis estudadas, na AFE a variável que participa de um determinado fator vai possuir forte correlação entre as variáveis deste fator, dentro do próprio grupo, e correlações fracas com as variáveis pertencentes aos outros fatores, intergrupos. Na AFE, empregou-se a conjunção de variáveis que possuíam um grupo particular de características semelhantes e correlacionadas, e determinou-se o grau de aplicação da variável a cada dimensão. Determinadas as dimensões e variáveis relevantes, foi possível reduzir os dados (Hair et al., 2005).

Dessa forma, pode-se deduzir que os grupos que formam cada um dos fatores representam um conceito que será formado pelo fator de construção subjacente aos propósitos deste trabalho. Estes argumentos são fortalecidos pela observância de que, como as correlações observadas entre as variáveis de outros grupos são baixas, admite-se que os fatores sejam independentes entre si (Hair et al., 2005). O principal objetivo da utilização de uma ferramenta multivariada como a AFE é o resumo e redução de dados de análise. Em estudos com uma quantidade muito grande de dados, a economia se torna uma variável que proporcionará eficiência ao trabalho. Os dados obtidos através do questionário estruturado MIS foram analisados por meio do pacote estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 10.0.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A primeira fase da pesquisa, de cunho qualitativo, buscou o atendimento do primeiro objetivo específico e foi realizada por meio de entrevistas com sete pessoas, sendo dois diretores, um supervisor e quatro gerentes (de um total de 911 funcionários e 178 médicos), possibilitando a identificação dos eventos importantes que contribuíram para o processo de **acreditação** do hospital, considerado a inovação a ser estudada nesta pesquisa. A partir desta identificação foi construída a linha do tempo da organização pesquisada, caracterizada pelos fatos históricos ocorridos com a organização e, possivelmente, relacionados ao ambiente de inovação da empresa.

Segundo Machado (2004), o levantamento histórico é orientado por questões como: detalhamento dos principais eventos que marcaram as mudanças na empresa; percepção do pessoal envolvido com esses eventos; o entendimento das pessoas sobre as inovações que seriam estudadas; identificação de outros fatores inovadores que marcaram época na história da empresa; identificação de grupos e pessoas que lideraram as inovações; crescimento da organização, entre outras. Esta etapa da pesquisa objetivou caracterizar a fase de **acreditação** na qual a instituição se encontra, bem como se a mesma se enquadra como uma organização inovadora no conceito proposto por Van de Ven et al. (2000). Em se observando este aspecto, parte-se para a segunda fase da pesquisa.

Na segunda fase da pesquisa, foram analisados os dados quantitativos alcançados por meio da aplicação do questionário do MIS. A metodologia apresenta 93 questões divididas em 29 dimensões. Demonstra-se, na Tabela 1, a ocorrência destas características por meio, em um primeiro momento, de estatística descritiva, de maneira a ordenar a aproximada ocorrência percentual decrescente das dimensões. Observa-se que a instituição apresentou 28 das 29 dimensões abordadas no MIS, fato que permite confirmar a existência de semelhanças com as demais organizações já pesquisadas, em que se utilizaram as mesmas ferramentas de avaliação. Saliencia-se que não foi considerada a dimensão 19, que procurava avaliar a amplitude da inovação, visto que os respondentes não estabeleceram com precisão a quantidade de recursos despendidos ao longo do processo de inovação.

Tabela 1 – Ocorrência percentual das dimensões com características de ambiente inovador.

DIMENSÃO	OCORRÊNCIA
29) duração	100,0%
15) ambiente tecnológico	92,90%
22) frequência de comunicação	92,85%
28) frequência de comunicação nos grupos	89,30%
11) formalização	87,45%
1) eficiência percebida com a inovação	83,54%
7) liderança do time de inovação	82,75%
12) eficiência percebida c/ relacionamento	77,67%
26) complementaridade	76,75%
25) processos de resolução de conflitos	71,42%
10) dependência de recursos	66,05%
27) consenso/conflito	65,50%
13) influência	64,30%
21) tempo dedicado à inovação	64,30%
17) ambiente legal/regulador	60,73%
18) grau de novidade	Pesquisador
20) estágio da inovação	Fase implantação
4) padronização de procedimentos	58,95%
16) ambiente demográfico	55,96%
14) ambiente econômico	51,20 %
2) incerteza sobre a inovação	48,82%
24) conflitos	44,65%
9) aprendizagem encorajada	38,10%
5) grau de influência nas decisões	37,50%
6) expectativas de prêmios e sanções	28,57%
23) problemas identificados	26,76%
8) liberdade para expressar dúvidas	22,63%
3) escassez de recursos	14,88%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Este é o conjunto de dimensões que foram percebidas como ambiente favorável à inovação no HMCC, como se observa no objetivo específico “b”. Contudo, destaca-se o fato de ser uma empresa com constituição e características bastante peculiares, próprias de empresas prestadoras de serviços de

saúde, (estilo de gestão, atuação, cultura, grau de especialidade dos profissionais, tipos de serviços profissionais, foco nos clientes etc.). O projeto de inovação aqui avaliado foi considerado um diferencial competitivo de mercado, por alterar as tradicionais práticas de gestão hospitalar e por constituir verdadeira inovação frente aos concorrentes.

Destas análises preliminares, passou-se para a AFE, em que foram identificadas as questões não relevantes e que deveriam ser separadas da estrutura para não interferir na interpretação. Então, determinou-se o grau em que cada variável pode ser explicada em cada dimensão. Uma vez determinadas as dimensões e variáveis relevantes, foi possível reduzir os dados (Hair et al., 2005).

Reduzidos os dados, foi possível efetuar a análise fatorial propriamente dita e identificar três fatores principais. Utilizou-se o método de rotação da matriz fatorial que redistribui a variância dos primeiros fatores para os últimos, com o objetivo de atingir um padrão fatorial mais simples e significativo.

Foram encontradas cargas fatoriais significantes em quase todas as dimensões, exceto na dimensão 2 do fator 1, na dimensão 23 do fator 2 e nas dimensões 9 e 10 do fator 3. Destaca-se, no entanto, que essas variáveis foram mantidas como significantes porque suas comunalidades mantiveram variância acima de 0,9 nestas mesmas dimensões, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Cargas sobre os fatores e comunalidades

VARIÁVEL	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	COMUNALIDADE	VAR. ESPECÍFICA
Dimensão 01	0,496	0,167	0,01	0,941	0,059
Dimensão 02	- 0,141	-0,095	- 0,033	0,95	0,05
Dimensão 03	0,604	0,209	0,221	0,914	0,086
Dimensão 04	0,831	-0,034	0,055	0,969	0,031
Dimensão 05	- 0,274	- 0,417	-0,04	0,98	0,02
Dimensão 06	0,084	0,221	- 0,016	0,908	0,092
Dimensão 07	0,042	- 0,264	0,058	0,989	0,011
Dimensão 08	- 0,294	0,024	- 0,207	0,954	0,046
Dimensão 09	0,016	0,022	- 0,138	0,987	0,013
Dimensão 10	-0,091	0,004	0,107	0,986	0,014
Dimensão 11	0,069	- 0,057	0,315	0,953	0,047
Dimensão 12	0,2	- 0,016	0,334	0,979	0,021
Dimensão 13	0,311	0,192	0,114	0,979	0,021
Dimensão 14	0,054	- 0,754	- 0,043	0,98	0,02
Dimensão 15	0,574	0,181	- 0,108	0,944	0,056
Dimensão 16	0,617	0,262	0,422	0,926	0,074
Dimensão 17	0,324	0,023	0,144	0,913	0,087
Dimensão 22	0,052	0,31	- 0,189	0,978	0,022
Dimensão 23	- 0,054	- 0,143	0,023	0,964	0,036
Dimensão 24	- 0,523	0,007	0,1	0,906	0,094

Dimensão 25	0,057	- 0,043	0,208	0,968	0,032
					Continua
					Continuação
Dimensão 26	0,52	- 0,149	0,298	0,973	0,027
Dimensão 27	0,344	0,217	0,047	0,976	0,024
Dimensão 28	0,393	0,210	0,443	0,956	0,044
LEGENDA					
	Cargas de comunalidades altas				
	Cargas fatoriais com índices inferiores				
	Maior carga fatorial de cada fator				

Fonte: Elaborado pelos autores.

As cargas de $\pm 0,40$ são consideradas mais importantes, as cargas de $\pm 0,50$ ou maiores são consideradas com significância prática (Hair et al., 2005). Logo, quanto maior o valor absoluto da carga fatorial, mais importante na interpretação da matriz fatorial. Comunalidades são estimativas de variâncias comuns entre a variável e os fatores. As comunalidades que se aproximam de 0 indicam que os fatores comuns não explicam as variâncias, as que se aproximam de 1 indicam que as variâncias são explicadas pelos fatores comuns, demonstrando um bom ajustamento do modelo (Hair et al., 2005). As comunalidades deste estudo são todas altas (acima de $\pm 0,50$), demonstrando que os componentes extraídos representam bem as variáveis. Essa interpretação se baseou no significado das variáveis com maior carga em cada fator (a carga indica a correlação entre a variável, o fator e o quadrado da carga, portanto, o percentual da variância da variável que é explicada pelo fator). Segundo Hair et al. (2005), as cargas mais altas são consideradas mais importantes e têm influência sobre o nome ou rótulo relacionado ao fator.

A correlação entre as variáveis originárias das dimensões 1, 2, 3, 4, 8, 13, 15, 16, 17, 24, 26 e 27 do MIS determinaram a origem do fator 1 (Tabela 2). Na análise das cargas sobre o fator 1, observou-se que a mais significativa recaiu sobre a **dimensão 4**, sugerindo que **padronização de procedimentos** é considerada importante pelos respondentes e, por isso, nomeou este fator. A padronização das regras e tarefas necessárias foi relevante para o desenvolvimento da **acreditação** na instituição hospitalar pesquisada, pois a maior eficiência percebida só pôde ser alcançada a partir da padronização das regras, uniformização e divulgação dos procedimentos entre todos os envolvidos. Observa-se, ainda, que as dimensões correlacionadas ao fator 1 são variáveis complementares que favorecem a inovação. Dessa forma, a eficiência percebida e os resultados atingidos pela inovação dependem de uma padronização que, além de regular procedimentos, permita administrar conflitos e estabelecer consenso entre os participantes. A parceria, o compartilhamento das ações e a boa administração dos recursos diminuem a incerteza e promovem ações de sinergia no trabalho. Embora a

complexidade dos ambientes demográfico, tecnológico e social possa representar uma ameaça, as influências mútuas dos participantes, a parceria e o compartilhamento de informações promovem resultados mensuráveis e garantem um ambiente propício ao desenvolvimento das inovações.

Também ao avaliar-se a correlação entre as dimensões ligadas ao fator 1 percebe-se que se trata de variáveis complementares que favorecem a inovação. Dessa forma, a eficiência percebida com a inovação e os resultados atingidos por ela é dependente de uma boa padronização que regule os procedimentos, mas que também procure administrar os conflitos existentes buscando o consenso e o entendimento dos participantes. Neste aspecto, parceria e compartilhamento das ações e a boa administração dos recursos existentes diminuem a incerteza e promovem ações de sinergia dos trabalhos conforme Novaes (1998), quando afirma que:

toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial a favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente, de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, das áreas docentes e de pesquisa (p. 9).

Muito embora a complexidade do ambiente demográfico e tecnológico e também os aspectos sociais possam representar uma ameaça para o hospital estudado, dada a sua área de atuação e por sua inserção na comunidade, principalmente pela expansão da assistência aos usuários do SUS, que acaba por comprometer a sua rentabilidade, comparativamente aos convênios e particulares que mantêm o equilíbrio econômico-financeiro da instituição, são as mútuas influências dos participantes, a parceria e o compartilhamento de informações, que promovem resultados mensuráveis. Dessa forma, a qualidade dos serviços oferecidos é que passa a ter uma importância maior, pois os usuários e clientes estão cada vez mais exigentes e cômicos dos seus direitos, e isto, por si só, garante um ambiente propício ao desenvolvimento das inovações.

O fator 2 foi determinado pelas variáveis que compunham as dimensões 5, 6, 7, 14, 22, 23 (Tabela 1). A carga fatorial mais alta e, portanto, mais significativa recaiu sobre a **dimensão 14 – Ambiente econômico** –, possibilitando que esse fator fosse denominado de estrutura de mercado e concorrência. Isso sugere que a estabilidade do ambiente econômico, a previsibilidade e o número de concorrentes foram fatores significantes para os respondentes da pesquisa, haja vista que o ineditismo da inovação agregou uma vantagem competitiva para a instituição pesquisada. Observa-se que esta dimensão também obteve correlação positiva com a **dimensão 7 – Liderança do time de inovação** –, apresentando **0,8641** de coeficiente, ao correlacionar o ambiente econômico com o grau em que os líderes da inovação são percebidos pelos membros da equipe como promotores de um comportamento inovador. Nas correlações existentes entre as dimensões explicadas pelo fator 2, a estrutura instável do

mercado e a concorrência acirrada aparecem como propulsores da mudança. É justamente neste aspecto que se observa a relevância das ações dos líderes, que influenciam decisões, antecipam problemas e mantêm um canal de comunicação constante com todas as equipes. Percebe-se, ainda, que equipes motivadas pela valorização de seus esforços e um canal de comunicação com a administração são fatores que se correlacionam com um ambiente propício ao desenvolvimento de inovações (Van De Ven et al., 2000).

Entre as dimensões que foram correlacionadas pelo fator 2, aparecem a estrutura instável de mercado e a concorrência acirrada como propulsores da mudança, e é justamente neste aspecto que se observa serem relevantes as ações dos líderes influenciando as decisões, antecipando os problemas e mantendo um canal de comunicação constante com todas as equipes. Dessa forma, as várias equipes, representadas pela sua atuação profissional – médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas –, cada vez mais promovem eventos comuns buscando soluções e multidisciplinaridade nas decisões clínicas, o que se estende para as trocas profissionais em que os líderes de cada equipe procuram interagir. Equipes motivadas e recompensadas pelos seus esforços e que possuem um canal aberto com a administração parecem ser também geradores de fatores correlacionados a um ambiente propício para geração de ideias e o desenvolvimento das inovações (Van De Ven et al., 2000). Na instituição, a valorização fica evidente quando há efetivo reconhecimento da direção frente às iniciativas de melhoria. Assim, um médico que adota uma nova técnica cirúrgica e a desenvolve em mútua colaboração com os demais profissionais é posteriormente recompensado e premiado publicamente pelos seus atos. Da mesma forma, as iniciativas que trazem economia financeira ou otimização nos processos, sem perder a eficiência, também são estimuladas, para que as boas ideias não parem de ser propostas e na primeira reunião geral são mencionadas pela alta administração.

As dimensões 9, 10, 11, 12, 25 e 28 determinaram a origem do fator 3, conforme Tabela 1. A maior carga fatorial entre as dimensões correlacionadas recaiu sobre a **dimensão 28 – Frequência da comunicação** – e pode bem rotulá-lo como fator. Esta dimensão avalia a frequência dos contatos entre membros do time de inovação com o outro grupo: quanto mais fluida a comunicação, menor a probabilidade de conflitos e maior a possibilidade de sucesso da inovação. Numa prestadora de serviços, como a instituição hospitalar pesquisada, comunicação é tudo: viabiliza relacionamentos internos e externos, determina de que forma a organização se relaciona com o mercado, evidencia para todos os envolvidos o compromisso da instituição para com a qualidade e a **acreditação** conquistadas.

No fator 3, as correlações dizem respeito à percepção dos componentes de cada grupo em relação aos graus de valorização do aprendizado, dos riscos, dos termos das inter-relações verbalizados e documentados, dos conflitos prontamente amenizados com boa gestão e liderança. Se recursos financeiros, materiais e humanos são essenciais para condução das inovações, a mútua dependência e o

intercâmbio destes também são relevantes, pois um ambiente propício à inovação requer respeito mútuo e equilíbrio das responsabilidades.

A frequência de contato entre os membros dos diversos grupos envolvidos com a inovação parece ser uma dimensão imprescindível para o sucesso, mas outras correlações podem ser estabelecidas no fator 3 e dizem respeito ao grau que os componentes de cada grupo percebem. O aprendizado e os riscos tomados são valorizados, mas também os termos das inter-relações são verbalizados e documentados e os conflitos, prontamente amenizados com boa gestão e liderança.

Através da análise fatorial, identificou-se 3 fatores que se correlacionam com as 29 dimensões do questionário, confirmando que, em maior ou menor grau, todas as dimensões do MIS se fazem presentes na instituição hospitalar pesquisada, caracterizando o ambiente de inovação da organização como compatível com as características de ambiente inovador do MIS. O Quadro 3 apresenta uma síntese dos fatores que mais se destacaram no ambiente de inovação do HMCC.

FATORES DO AMBIENTE DE INOVAÇÃO		
FATOR 1 - PADRONIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	FATOR 2 - ESTRUTURA DE MERCADO E CONCORRÊNCIA	FATOR 3 - COMUNICAÇÃO
A inovação – <i>acreditação</i> – implica a outorga a uma organização de um certificado de avaliação que expressa a conformidade com padrões previamente estabelecidos (ONA, 2007). Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescentes e com princípios orientadores específicos. Sendo o Nível 1, que o HMCC buscou, composto por uma coletânea de padrões cujo principal objetivo é proporcionar segurança ao paciente, à equipe de saúde e à comunidade. Os requisitos do nível 2 estão voltados para o controle de processos. Os padrões de nível 3 enfatizam gestão e qualidade. Dessa forma, o grau de detalhamento de regras e procedimentos a serem seguidos para conceber e implantar a inovação determinou a eficiência percebida com a inovação e colaborou positivamente para que este fator pudesse ser estatisticamente relevante.	Este fator ficou evidenciado na medida em que a busca da inovação – <i>acreditação</i> – pela instituição hospitalar buscou romper com a estabilidade do ambiente econômico e antecipar ações frente ao mercado concorrencial. No caso do HMCC, esta antecipação buscou uma vantagem competitiva frente a pelo menos dois (2) concorrentes próximos, que competem pelos pacientes em busca de tratamento de alta complexidade em oncologia. Estas ações se alicerçaram em efetiva participação, envolvimento e sinergia de todos, apoio e encorajamento da alta administração e controle efetivo para que, na ocorrência dos problemas, vigorasse a boa comunicação e um ambiente que privilegiasse as iniciativas, em detrimento dos erros e deslizes, que na visão dos dirigentes do HMCC não deveriam ser de forma alguma punidos e sim trabalhados para que não se repetissem.	Comunicação foi o terceiro fator e determinou a fluidez com que os desentendimentos eram administrados pelas lideranças, privilegiando a aprendizagem e minimizando os erros. Este fator também deixou evidente que o equilíbrio nos relacionamentos – reflexo da boa comunicação – e a crença de que todos respondiam igualmente pelas ações promoveram um ótimo clima para a promoção da inovação, haja vista as inúmeras comissões internas de melhoria e preparação para a <i>acreditação</i> que se formaram como processo interno de planejamento e antecipação dos problemas. Para a instituição, a promoção de suas vantagens foi feita através deste fator. A retrospectiva histórica, realizada através da criação da linha do tempo, revelou que foram bem-sucedidas estas ações, tendo em vista a conquista da <i>acreditação</i> e sua consolidação como inovação no ambiente do HMCC, já que promoveram a boa fluidez da comunicação, estabeleceram critérios práticos para a eficiente gestão dos processos e corroboraram para que este fator fosse estatisticamente significativo.

Quadro 3 - Fatores presentes no ambiente de inovação.

Fonte: Elaborado pelos autores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, objetivou-se caracterizar o ambiente de inovação de uma instituição hospitalar do Oeste do Estado do Paraná, com base no MIS, um instrumento de pesquisa baseado em 29 dimensões que delimitam os fatores internos e externos dos grupos envolvidos com o desenvolvimento e implantação de inovações. Para o atendimento deste objetivo geral, buscou-se a maior instituição hospitalar existente no Oeste paranaense, denominada Hospital Ministro Costa Cavalcanti, um dos maiores centros de atendimento em saúde na região da tríplice fronteira entre o Brasil, Paraguai e Argentina.

Para atendimento ao primeiro objetivo específico deste trabalho, foram analisados os acontecimentos mais relevantes, que antecederam e deram origem à inovação, obstáculos e elementos facilitadores, bem como os fatores que estiveram presentes durante o processo de escolha e delimitação da inovação a ser estudada. A **acreditação**, uma certificação de qualidade dos serviços de saúde, voltada à melhoria contínua tanto na prestação quanto na execução destes serviços, foi escolhida como a inovação a ser estudada e como o ambiente, por meio da metodologia MIS, pode ter sido seu facilitador. Nesta fase, a abordagem qualitativa foi escolhida, e sete sujeitos sociais – dois diretores, um supervisor e quatro gerentes – foram entrevistados para delimitação desta inovação.

Na busca de atendimento ao terceiro objetivo específico, constatou-se que o HMCC, maior instituição hospitalar do Oeste paranaense, possui características de ambiente inovador, pois apresentou 28 das 29 dimensões estabelecidas pela metodologia MIS, sendo que a dimensão 19 foi excluída devido à impossibilidade de se determinar o valor exato dos recursos investidos durante o processo de inovação. Esta ação se deveu ao fato de que o processo de **acreditação** levou vários anos para ser implementado, fato que demandou, além de recursos decorrentes da aplicação de horas formais de profissionais técnicos, também horas que não puderam ser contabilizadas por pessoas que estavam envolvidas em áreas administrativas, como de suprimentos ou de hotelaria do hospital. Optou-se, dessa forma, por não utilizar um valor aproximado oferecido pelo hospital e descartar a dimensão proposta pela metodologia, principalmente por ser um dado que não iria interferir nos resultados da pesquisa.

No que concerne à existência de fatores que expliquem o ambiente de inovação, optou-se pelo uso da AFE, agrupando as dimensões acerca das características que mais eram percebidas pelos atores envolvidos no desenvolvimento da inovação escolhida para estudo. Estas dimensões foram agrupadas em três fatores preponderantes, apresentando cargas fatoriais significativas e comunalidades que mantiveram uma variância acima de 0,9, que foram nomeadas: i) **padronização dos procedimentos**;

ii) **estrutura de mercado e concorrência**; e iii) **comunicação**, que sintetizaram os fatores envolvidos no processo de **acreditação**, que foi a inovação estudada.

O fator denominado **Padronização dos Procedimentos** agrupou dimensões que envolvem a eficiência percebida com a inovação e os resultados que se pretendia conseguir com ela, bem como o ambiente demográfico, legal, político e regulador. Salienta-se que a dimensão que apresentou a maior carga fatorial, tendo, portanto, o maior impacto na percepção dos respondentes, foi a padronização dos procedimentos, motivo pelo qual foi nomeado este fator. A padronização das regras, procedimentos e tarefas foi necessária para o desenvolvimento da inovação – **acreditação** – pois a percepção da eficiência com a inovação se dá na medida em que houve um único modo de ação de todos e a formalização destas regras e procedimentos era de conhecimento e uso dos envolvidos. A **acreditação** se baseia em padrões de qualidade, dada a necessidade de um conjunto de regras, normas e procedimentos em consonância com aqueles estabelecidos pela Joint Commission International (JCI).

Observa-se que, embora haja diferenças filosóficas entre os modelos adotados pela ONA (melhora dos padrões e critérios de assistência aos pacientes) e pela JCI (avaliação, educação e consultoria), há uma determinação comum de ambos no sentido de os padrões serem importantes para estabelecer critérios mensuráveis de avaliação dos serviços, tendo em vista a grande variabilidade que normalmente os caracteriza, como estudado neste trabalho e apresentado por Antunes (2002).

O segundo fator aglutinador das dimensões, denominado **Estrutura de Mercado e Concorrência**, carregou com maior amplitude a dimensão do ambiente econômico do modelo MIS. Atribuiu-se, dessa forma, ao número de concorrentes a previsibilidade de atuação dos mesmos, bem como certa estabilidade do ambiente, devido à regularidade do mesmo atribuído as legislações governamentais. A instituição vive, atualmente, a necessidade de inovar constantemente e se adequar à realidade de inserção e referência regional para o atendimento de alta complexidade dos pacientes do SUS, mas também enfrenta a concorrência de outras instituições da região, que procuram se especializar em um dos focos de serviços do hospital, que é o de tratamento oncológico. A inovação adotada – **acreditação** – remete ao ineditismo e ainda representa uma vantagem competitiva frente aos dois concorrentes mais próximos que disputam o mercado.

Observa-se que esta mesma dimensão também obteve uma correlação positiva com a dimensão 7 (liderança do time de inovação), apresentando 0,8641 de coeficiente ao correlacionar o ambiente econômico ao grau em que os líderes da inovação são percebidos pelos membros da equipe como promotores de um comportamento inovador, o que fica evidenciado pelo fato de alguns dos diretores atuarem como docentes em ensino superior e estimularem, através dos seus exemplos de busca de aperfeiçoamento e atualização, que cada vez mais os colaboradores procurem enriquecer a sua educação formal. Institucionalmente a organização estimula, com bolsas de estudo, em porcentagens

variáveis, o acesso à educação superior e à pós-graduação e, habitualmente, financia congressos e cursos de aperfeiçoamento para seus gerentes.

O terceiro fator foi rotulado de **Comunicação** por ter tido a maior carga fatorial na dimensão frequência da comunicação. Esta dimensão avalia a frequência dos contatos entre membros do time de inovação com o outro grupo e determina que quanto mais fluida a comunicação, mais diminui a probabilidade de conflitos e é positiva para o sucesso da inovação.

Para a instituição hospitalar pesquisada, que é fundamentalmente uma prestadora de serviços, comunicação é tudo. É ela que torna os relacionamentos internos e externos possíveis e também determina de que forma a organização se relaciona com o mercado e consegue evidenciar para todos os envolvidos seu compromisso com a qualidade, fruto da conquista da certificação – **acreditação** –, sua inovação. A comunicação com o mercado, fornecedores e clientes tem sido intensificada como fruto da conquista da certificação, mas ela visa garantir que os demais envolvidos ou relacionados à empresa tenham ciência das conquistas e que estas envolvam cada um deles diretamente. Assim, os clientes podem acreditar que os novos padrões podem lhes oferecer segurança e tranquilidade; os parceiros e prestadores de serviço tomam conhecimento de que a certificação é extensiva a eles, mas os leva a se comprometer a seguir um padrão comum de conduta e ação; fornecedores são informados de que serão constantemente visitados para terem seus processos validados ou que serão alertados para as não conformidades, e correm o risco de perder sua posição de atuais fornecedores se não se ajustarem a esta realidade que busca envolver toda a cadeia relacional.

Foram estes fatores os condicionantes para que houvesse o favorecimento e o sucesso da inovação no HMCC, tendo em vista que processos de qualidade envolvem atividades que não devem ter grande variabilidade e, por isso, dependem de padrões; envolvem validação técnica que ateste que a comunicação atua como fator de promoção de melhoria gradual e constante, e que este progresso, entre outras coisas, impacta competitivamente frente ao mercado concorrente.

A **acreditação** é uma inovação presente e relevante na instituição pesquisada. Assim sendo, este estudo pode fornecer subsídios a instituições de saúde que pretendam aprimorar seus processos para obter tal nível de credibilidade. Recomenda-se que outros estudos sejam desenvolvidos a partir desta investigação, pois outras abordagens podem conduzir a resultados mais abrangentes e produzir informações mais precisas a respeito dos fatores organizacionais que influenciam o desenvolvimento de inovações.

REFERÊNCIAS

- Afuah, A. (2003). *Innovation management: strategies, implementation and profits*. New York: Oxford University Press.
- Albrecht, K. (2003). *Revolução nos serviços: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes*. São Paulo: Pioneira.
- Antunes, F. L. (2002). *Implantação do processo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da Ona: um estudo de caso em um hospital de grande porte*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Barbieri, J. C. (Org.). (2004). *Organizações inovadoras: estudos e casos brasileiros* (2a ed.). Rio de Janeiro: FGV.
- Barbieri, J. C., Álvares, A. C. T., Nobre, W., Filho, & Machado, D. D. P., Neto. (2003). Metodologia para identificação dos fatores organizacionais de um meio inovador efetivo: aplicação em três casos. *Anais do Seminário Latino-Iberoamericano de Gestão Tecnológica*, México, DF, México, 10.
- Berry, L., & Shankar, V. (2006). A inovação de serviços que abre mercados. **HSM Management**, 5(5), 62-69.
- Böhm, R. S. (2006). *Diferenciação e integração em uma unidade hospitalar: em busca da qualificação da gestão e da assistência*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Christensen, C. M. (2003). *O crescimento pela inovação: como crescer de forma sustentada e reinventar o sucesso*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Damanpour, F. (1996). Organizational complexity and innovation: developing and testing multiple contingency models. *Management Science*, 42(5), 693-716.
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: a meta analysis of effects of determinants and moderators. *Management Journal*, 34(3), 555-590.
- Fry, L. W., & Saxberg, B. O. (1998). Homo ludens: playing man and creativity in innovation organization. In R. M. Grant. *Contemporary strategy analysis* (pp. 287-311) (3rd ed.). Malden: Blackwell.
- Galbraith, J. R., & Lawler III, A. (1997). *Organizando para competir no futuro: estratégia para gerenciar o futuro das organizações*. São Paulo: Makron.
- Grönroos, C. (2003). *Marketing: gerenciamento e serviços*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Gundling, E. (1999). *The 3M way to innovation: balancing people and profit*. New York: Vintage Books.
- Hair, J. F., Tatham, R. L., Anderson, R. E., & Black, W. (2005). *Análise multivariada de dados* (5a ed.) Porto Alegre: Bookman.
- Hospital Ministro Costa Cavalcanti (n.d.). *Pesquisa geral no site*. Recuperado em 26 de julho, 2007, de <http://www.hmcc.com.br>.
- Howells, J. R. L., & Tether, B. S (2004). *Innovation in services: issues at stake and trends* (INNO-Studies 2001: Lot 3 - ENTR-C/2001). Luxembourg: Commission of the European Communities.
- Hussey, D. (1997). *Creativity, innovation and strategy*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Kimberly, J. R., & Evanisko, M. J. (1981). Organizational innovation: the influence of individual organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations. *Academy of Management Journal*, 24(4), 689-713.
- Knox, S. (2002). The boardroom agenda: developing the innovative organization. *Corporate Governance*, 2(1), 27-36.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2006). *Administração de marketing* (12a ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Leite, L. F. (2005). *Inovação: o combustível do futuro*. Rio de Janeiro: Qualitimark.
- Luecke, R. (2003). *Managing creativity and innovation*. Boston: Harvard Business School Press.
- Machado, D. D. P. N. (2004). *Inovação e cultura organizacional: um estudo dos elementos culturais que fazem parte de um ambiente inovador*. Tese de Doutorado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.
- Machado, D. D. P. N., & Moraes, E. (2002). Rompendo a estagnação em uma indústria madura: Um estudo de caso sobre uma inovação radical. *Anais do Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração*, Salvador, BA, Brasil, 26.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. (2000). *Safári de estratégia*. Porto Alegre: Bookman.
- Novaes, H. M. (Coord.). (1998). *Manual brasileiro de acreditação hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development. (1997). *Oslo manual: proposed guidelines for collecting and interpreting technological innovation data*. Paris: Author.
- Organização Nacional de Acreditação (n.d.). *Pesquisa geral no site*. Recuperado em 26 de julho, 2007, de <http://www.ona.org.br>.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman.
- Richardson, R. J. (1989). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (2a ed.). São Paulo: Atlas.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Rosenberg, N. (1976). *Perspectives on technology*. New York: Cambridge University Press.
- Samara, B. S., & Barros, J. C. (1997). *Pesquisa de marketing: conceitos e metodologia* (2a ed.). São Paulo: Makron Books.
- Schumpeter, J. A. (1988). *Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico* (3a ed.). São Paulo: Nova Cultural.
- Taulib, D. (1993). *Controle de qualidade total: o hospital do futuro o futuro do hospital*. Rio de Janeiro: Xenon.
- Tushman M., & Nadler, D. (1997). Organizando-se para a inovação. In K. Starkey (Ed.), *Como as organizações aprendem: relatos do sucesso das grandes empresas* (pp. 166-189) (L. Peres, Trad.). São Paulo: Futura.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Van De Ven, A. H., Polley, D. E., Garud, R., & Venkataraman, S. (1999). *The innovation journey*. New York: Oxford University Press.

- Van De Ven, A. H., Angle, H. L., & Poole, M. S. (2000). *Research on the management of innovation: the Minnesota studies*. New York: Oxford University Press.
- Vicenti, T. (2006). *Ambiente de inovação nas empresas de software de Blumenau Santa Catarina – Brasil*. Dissertação de Mestrado, Fundação Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil.

ENVIRONMENT OF INNOVATION IN HOSPITAL INSTITUTION

ABSTRACT

In today's dynamic and highly competitive market organizations are challenged to innovate methods, systems, products and services to ensure their survival. Hospital organizations are not exempt; for it is through innovation in processes of quality they obtain sustainable competitive advantages. The objective of this descriptive-exploratory with qualitative and quantitative analysis is to characterize the environment of innovation in the Hospital Ministro Costa Cavalcanti, located in the western of the state of Paraná. The qualitative survey aimed to construct a timeline with quantity through the factor analysis technique which is the clustering of dimensions for defining the most important aspects of innovation to the hospital. Some key members of the organization were interviewed and were presented the questionnaire of the Minnesota Innovation Research Program (MIRP), a research instrument with 29 dimensions related to the groups of innovation and internal and external factors to the organization. It was found that the researched institution has features of innovative environment and that the dimensions of standardization of procedures, market structure, competition and communication were the most corroborated for *accreditation*. The *accreditation* is a quality standard that is significant to small numbers of Brazilian hospitals.

Keywords: Environmental Innovation; Hospital Institution; Innovation.

Data do recebimento do artigo: 30/06/2011

Data do aceite de publicação: 17/10/2011