

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESIGN
NÍVEL MESTRADO

MARCELO PAES

Inovação no Hospital Mãe de Deus:
um projeto de Design Estratégico para fidelização do Corpo Clínico

Porto Alegre

2012

Marcelo Paes

Inovação no Hospital Mãe de Deus:
um projeto de Design Estratégico para fidelização do Corpo Clínico

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Design Estratégico da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Trez

Porto Alegre

2012

Marcelo Paes

Inovação no Hospital Mãe de Deus:
um projeto de Design Estratégico para fidelização do Corpo Clínico

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção de título de Mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação em Design Estratégico da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Trez

Aprovado em _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

*Para Adriana,
minha esposa amada, minha paciência, alegria e fortaleza.
Para José, Matias e Mariana, nossos melhores projetos.*

AGRADECIMENTOS

Poderia elaborar outra dissertação e projetar uma solução para não correr riscos de esquecer alguém que, de um jeito ou de outro, esteve ao meu lado na escolha da cada uma das mais de 64 mil palavras deste trabalho. Mas entendo que a gratidão precisa ser vivenciada, exercitada, mais do que apresentada formalmente. Há muito que agradecer a uma lista extensa de pessoas queridas. Aqui, fica o breve registro. Mas levo no peito o compromisso de reconhecer a cada um, do meu jeito – assim como cada um come cachorro-quente do seu jeito, né meu filho? À minha esposa e aos meus filhos, pretendo agradecer a cada momento juntos, a cada novo dia, a cada aprendizado. E por ter essa possibilidade de estar próximo, de dar e receber um beijo a qualquer hora, de poder agradecer de manhã e à noite, agradeço também por ter e ser parte dessa família maravilhosa, cheia de vida – e de sonoridade –, a base para minhas decisões e o motivo de minhas coragens. Família, quero lembrar, não está só dentro de casa. Está também na garagem do vovô, na comida da vovó, no computador da tia, na oração da mãe. Tudo isso entra na contabilidade de quantos obrigados teria de formalizar. Portanto, vou ir fazendo do meu jeito.

Não poderia chegar aonde cheguei sem escrever a palavra professor – e, deste jeito, talvez passe das 65 mil... –, sem pompa, com minúscula, mas estratégica, cheia de significado. Igual ao design. Hoje, atribuo ainda mais importância a ela, pois permite *fazer ver* cenários distantes e gerar novas oportunidades. Igual ao design. Consegue dar forma a um projeto imaturo, sonhador, por vezes egoísta. Por isso, agradeço aos professores, especialmente ao meu orientador, que teve a ousadia de me fazer crer que poderia trilhar caminhos desconhecidos, além de sugerir que *eu* indicasse novas possibilidades de caminhada a partir daí. E eu fiz. Prometo, professor, novos artigos e alguma conversa de bar.

Agradeço às pessoas do Hospital Mãe de Deus, que depositaram confiança no trabalho de gente de fora, e em pouco tempo entraram de maneira tão intensa neste caminho aberto da inovação que me fizeram ficar lá – não como paciente, mas como agente – para desenvolver novos, muitos, desafiadores e inacreditáveis projetos. Compromisso assumido!

Obrigado a cada um dos colegas pelo convívio, pelo incentivo mútuo, pela ajuda, pelas conversas, pelo *workshop*. A coragem dessas figuras compõe uma bela parte do meu aprendizado. O bom de tudo isso é que dá prá continuar, ou prá repetir. Valeu, gente!

Por fim, coroando minha humilde sensação de etapa cumprida, agradeço a Deus, mestre da minha vida, presente em todos os momentos de alegria e de dúvida, e orientador da minha conduta. A Ele, que entende meu jeito de agradecer, muito obrigado.

*“Compreendes, verdadeiramente, o que estás lendo?’ Respondeu ele:
‘E como poderei compreender, sem alguém que me oriente?’”*

Atos dos Apóstolos, 8, 30-31

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo avaliar as contribuições que um contexto de *Open Innovation* poderia acrescentar a um projeto de design estratégico voltado ao desenvolvimento de novos serviços ao público médico do Hospital Mãe de Deus, em Porto Alegre. Para tanto, fez uma avaliação qualitativa do projeto estudado, descrevendo, compreendendo e interpretando fatos e fenômenos através do método da pesquisa-ação, de maneira a associar a pesquisa social com a ação colaborativa e participativa. A tarefa de pesquisa foi constituída de duas frentes de trabalho e coleta de dados: a primeira, de caráter científico-técnico, composta por técnicas de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas, fez uma busca criteriosa de dados inerentes às práticas e estratégias da instituição direcionadas ao problema da análise, e coletou percepções de diversos atores, internos e externos à instituição hospitalar, sobre o fenômeno estudado que não foram capturados na análise documental; e a segunda, de caráter científico-projetual, atuou de maneira prática no cenário da investigação, buscando uma abordagem experiencial do sentido ideal de criar valor pela inovação, através do uso de capacidades inerentes aos modelos de conhecimento do Design Estratégico. Os resultados alcançados mostram que o Hospital Mãe de Deus apresenta um contexto onde se observa a inovação aberta de forma prática, permitindo a entrada de recursos externos para gerar valor ao seu negócio, porém ainda carente de processos que tornem tal prática consciente e favoreçam a utilização do conhecimento tácito do pessoal interno, permitindo sua disseminação para além da área médico-assistencial. Os resultados também indicam que a instituição explora fatores condicionantes para o sucesso de projetos de desenvolvimento de novos serviços, entre os quais a disposição da liderança em buscar novos olhares e fontes externas para contribuir com soluções diferenciadoras, impulsionando favoravelmente a gestão dos modelos assistencial e econômico sobre os quais está apoiada. O projeto de um novo serviço conduzido pela lente do design estratégico encontrou no exercício da inovação aberta dessa instituição um clima propício para que suas práticas pudessem ser compatibilizadas. Assim, a lógica do fazer característica do design estratégico e que dá forma à estratégia elaborada pela empresa, fortalece-se junto a uma situação de inovação aberta que abre espaço para uma possível execução dos conceitos e serviços projetados.

Palavras-chave: Design Estratégico. *Open Innovation*. Design de Serviços. Inovação em serviço. Inovação na área hospitalar. Corpo Clínico. Hospital Mãe de Deus.

ABSTRACT

The objective of this dissertation was to evaluate the contributions that a context of Open Innovation could add to a strategical project of design focused on the development of new services to the medical public of the Hospital Mãe de Deus, in Porto Alegre. For this purpose, it was made a qualitative evaluation of the studied project, describing, understanding and interpreting facts and phenomena through the method of action research, to associate the social research with the collaborative and participatory action. The research task was constituted of two fronts of work and data collection: the first, scientific-technical, consisting of documentary research techniques and semistructured interviews, made a detailed search of data inherent to the practices and strategies of the institution directed to the problem of analyze, and collected perceptions of diverse actors, both internal and external to the hospital institution, on the studied phenomenon that had not been captured in the documentary analysis; and the second one, scientific-design based, acted in a practical way in the scene of the research, seeking an experiential approach of the ideal sense of creating value by innovation, through the use of capabilities inherent to the Strategic Design knowledge models. The results show that the Hospital Mãe de Deus presents a context where it is observed the open innovation in a practical way, allowing the entrance of external resources to generate value to its business, but still lacking processes which make such practice conscientious and that encourage the use of the tacit knowledge of the internal staff, allowing its dissemination beyond the medical-assistencial area. The results also indicate that the institution explores determining factors for the success of projects of development of new services, including the willingness of the leadership in searching new looks and external sources to contribute with unique solutions, stimulating favorably the management of the assistencial and economic models on which it is supported. The design of a new service conducted by strategic design found, in the exercise of the open innovation of this institution, a favorable environment so that its practices could be made compatible. Thus, the logic of making characteristic of strategic design and that gives form to the strategy elaborated by the company, is strengthened next to a situation of open innovation that makes room for a possible execution of the concepts and services projected.

Key-words: Strategic Design. Open Innovation. Service Design. Service innovation. Innovation in the hospital. Clinical Staff. Hospital Mãe de Deus.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	– Esquema linear de desenvolvimento do processo metaprojetual	29
FIGURA 2	– Esquema sistêmico de desenvolvimento do processo metaprojetual	30
FIGURA 3	– Visão geral do modelo de Design de Serviços	33
FIGURA 4	– Um sistema fechado de inovação	40
FIGURA 5	– O paradigma da Inovação Aberta	43
FIGURA 6	– Estrutura conceitual: características de serviço, orientação para o mercado e esforços de inovação no desenvolvimento de novos serviços	67
FIGURA 7	– O design é o fator-chave de compra do consumidor em uma estratégia de desenvolvimento de novo produto orientada pelo design	71
FIGURA 8	– Principais fatores de sucesso do desenvolvimento de novos produtos orientados pelo design	74
FIGURA 9	– Modelo estruturado de gestão do Hospital Mãe de Deus	102
FIGURA 10	– Gestão de Especialidades e Gestão de Centros de Resultado	103
FIGURA 11	– Modelo Assistencial X Modelo Econômico	108
FIGURA 12	– Painel de comunicação interna e espaço físico do Programa Médicos Mãe de Deus	120
FIGURA 13	– “Ponto de vista” – Atividade de <i>brainstorm</i> desenvolvida no <i>workshop</i> ...	150
FIGURA 14	– “Como seria o hospital que utilizasse...” – Atividade de construção de cenários desenvolvida no <i>workshop</i>	154
FIGURA 15	– Primeiro cenário	155
FIGURA 16	– Segundo cenário	156
FIGURA 17	– Terceiro cenário	158
FIGURA 18	– Conceito do projeto de design de serviços para fidelização do corpo clínico – Médico: parceiro, amigo, feliz	160
FIGURA 19	– Estrutura orgânica do projeto de design de serviços	163
FIGURA 20	– Estrutura física do projeto de design de serviços	164
FIGURA 21	– Sistema-produto dos serviços de relacionamento com o corpo clínico	170

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	– O que é inovação?	35
QUADRO 2	– Princípios contrastantes de inovação fechada e aberta	44
QUADRO 3	– Produtos e serviços são diferentes	62
QUADRO 4	– Público interno do Hospital Mãe de Deus incluído nas entrevistas	80
QUADRO 5	– Público externo ao Hospital Mãe de Deus entrevistado	81
QUADRO 6	– Participantes do <i>workshop</i>	84
QUADRO 7	– Visão amplificada do conceito do projeto	166
QUADRO 8	– Serviços para “Condições de trabalho”	167
QUADRO 9	– Serviços para “Valorização e crescimento profissional”	167
QUADRO 10	– Serviços para “Poder para captar clientes”	168
QUADRO 11	– Serviços para “Remuneração”	168
QUADRO 12	– Serviços para “Estilo de vida”	168
QUADRO 13	– Serviços para “Projetos sociais”	169

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	DELIMITAÇÃO DO TEMA	18
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	19
1.3	OBJETIVOS	24
1.3.1	Objetivo geral	24
1.3.2	Objetivos específicos	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1	DESIGN ESTRATÉGICO	26
2.1.1	Fundamentos para um design estratégico	26
2.1.1.1	Capacidades do design	28
2.1.1.2	O sistema-produto	30
2.1.1.3	O metaprojeto	31
2.1.2	Design de serviços	34
2.2	INOVAÇÃO	37
2.2.1	A compreensão sobre a inovação	37
2.2.2	Inovação no ambiente econômico	38
2.2.3	Open Innovation - A mudança de contexto da inovação	41
2.2.3.1	O modelo convencional de inovação – um sistema fechado	42
2.2.3.2	O paradigma da inovação aberta	44
2.2.4	Inovação pelo design e Inovação colaborativa	47
2.2.5	Inovação em serviços	51
2.2.5.1	Características específicas da inovação em serviços	53
2.3	SERVIÇOS	55
2.3.1	Presença dos serviços no âmbito econômico	58
2.3.2	O que diferencia os serviços	63
2.3.3	Desenvolvimento de Novos Produtos e Serviços	65
2.3.3.1	Desenvolvimento de novos produtos orientado pelo design	68
2.3.3.2	Fatores de sucesso e Fatores potenciais do desenvolvimento de novos produtos	73
3	METODOLOGIA	78
3.1	COLETA DE DADOS	79
3.1.1	Pesquisa documental	80
3.1.2	Entrevistas semiestruturadas	81
3.1.2.1	Público interno	81
3.1.2.2	Público externo	83
3.1.3	Pesquisa projetual – definições	84
3.1.4	Workshop – processo de condução	85

3.2	TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	88
4	ANÁLISE DOS DADOS.....	90
4.1	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	91
4.1.1	O papel do médico	92
4.1.2	O modelo de gestão do Hospital Mãe de Deus	101
4.1.3	O relacionamento entre a instituição e os médicos	116
4.2	DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS	128
4.3	<i>WORKSHOP</i>	138
4.3.1	Primeiro Cenário.....	144
4.3.2	Segundo Cenário	146
4.3.3	Terceiro Cenário	147
5	RESULTADOS – PROJETO DE DESIGN DE SERVIÇOS.....	149
5.1	CONCEITO DE DESIGN.....	149
5.2	ESTRUTURA ORGÂNICA	151
5.3	ESTRUTURA FÍSICA.....	153
5.4	SERVIÇOS E BENEFÍCIOS	156
5.4.1	Comunicação.....	159
5.5	PROCESSO DE TROCAS – CRIAÇÃO DE RELACIONAMENTO.....	161
6	CONCLUSÕES	162
6.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	168
6.2	SUGESTÕES PARA NOVOS ESTUDOS	168
	REFERÊNCIAS	170
	APÊNDICE A – CONTRIBUIÇÕES PARA A PESQUISA.....	176
	APÊNDICE B – ROTEIRO-BASE DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.....	177
	APÊNDICE C – ANÁLISE DOS MODELOS EXTERNOS	178
	APÊNDICE D – PROGRAMA MÉDICOS MÃE DE DEUS - Imagens Ilustrativas	189
	APÊNDICE E – <i>WORKSHOP</i> - Agenda e Cronograma de Atividades	190
	APÊNDICE F - <i>Workshop</i> - Registros Fotográficos	191
	ANEXO A – ESTRUTURA EXECUTIVA DO SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS	194

1 INTRODUÇÃO

A competitividade perseguida pelas firmas no atual cenário econômico torna-se dia a dia mais intensa, exigindo competências diferenciadas para confrontar a diversidade de atores que o mercado apresenta. As transformações sociais, políticas e econômicas vivenciadas pelos mercados nas últimas décadas do século XX denunciam a baixa de um modelo tradicional, onde suas características mais profundas estão sendo alteradas. Empresas verticalizadas dão lugar ao processo de horizontalização, abrindo espaço para a priorização das competências centrais das organizações e para a cooperação como busca de ferramentas estratégicas de viabilização e alcance de vantagens competitivas sustentáveis, de acordo com Vargas e Zawislak (2006). Segundo Schumpeter (1950, apud FINEP, 2004), essa movimentação da economia – movimentação das empresas rumo à diferenciação – motiva uma busca pela inovação como fator-chave de sucesso, a fim de se obter vantagem estratégica. Schumpeter também afirma que a razão pela qual as empresas inovam é a busca do lucro, de forma que um novo produto ou processo pode conceder algum tipo de vantagem ao inovador (FINEP, 2004).

A inovação ganha maior importância na economia porque traz consigo a habilidade de fazer relações entre os conhecimentos acumulados pela organização, possibilitando descobrir e criar oportunidades relacionadas a produtos/serviços, processos ou mercados e fazendo-as funcionar técnica e comercialmente. Desenvolver produtos novos e mesmo incrementar produtos já existentes são práticas reconhecidas e valorizadas no cenário corporativo, uma vez que se apresentam como iniciativas voltadas ao desempenho superior e à vantagem competitiva da organização. Empresas convivem com a busca contínua do conhecimento, no intuito de que venha a ser o embrião de novos projetos potencialmente competitivos num mercado altamente globalizado. Por tudo isso, a inovação recebe atenção crescente de firmas de quaisquer setores e segmentos econômicos, como o de serviços.

No que diz respeito a serviço, permanece aí a busca crescente no sentido de que novos serviços ou inovações em serviços já existentes alcancem desempenho superior e vantagem competitiva para a organização. Segundo Griffin (1997), está crescendo o entendimento de que bens físicos e serviços são diferentes entre si tanto no que se refere a alguns aspectos do Desenvolvimento de Novos Produtos (DNP), como estruturas organizacionais e ciclo de vida de seu desenvolvimento, quanto no que tange a conceitos e características do que é gerado desses processos (GRIFFIN, 1997). Serviços, enquanto produtos de um processo de

desenvolvimento, apresentam-se diferentes de bens físicos, mesmo que a face de análise mude de um lado a outro da relação de consumo: do lado de quem compra para o lado de quem oferta.

Muitas dessas diferenças estabelecidas entre bens e serviços têm ganhado relevância na lógica da busca de competitividade das organizações, e muitos autores (GRIFFIN, 1997; JOHNE; STOREY, 1998; CHESBROUGH; SPOHRER, 2006; MORITZ, 2005) têm contribuído na organização dessas ideias e fomentando a discussão através, por exemplo, da proposta de categorias para o entendimento dessas diferenças. Da mesma forma, têm proposto temas-chave que trazem intrínsecas questões relacionadas à inovação e geração de valor em serviços, e que podem ser explorados por diversos modelos de conhecimento (JOHNE; STOREY, 1998). A busca da inovação em serviços tem provocado desafios sem precedentes (GRIFFIN, 1997; JOHNE; STOREY, 1998; TIDD; PAVITT; BESSANT, 2008) e o Desenvolvimento de Novos Serviços (DNS¹), embora com alguns aprofundamentos teóricos, de acordo com Jaw, Lo e Lin (2010), ainda não abrange um campo de estudo maduro (JOHNE; STOREY, 1998).

O que consideramos como mais importante deste cenário, no entanto, é que muitos desses temas ou tópicos a eles intrínsecos foram pouco explorados até aqui e, por conseguinte, são passíveis de se tornarem objetos de novos estudos já no momento presente. Há um espaço ainda pouco aprofundado no que se refere à investigação da inovação aberta – utilização de recursos internos e externos para acelerar os projetos inovadores da empresa – como processo de geração de valor em serviços.

Da mesma forma, ainda são reduzidos os relatos de análises de empresas cujos processos de desenvolvimento de novos serviços buscam apoio no design de maneira estratégica para criarem soluções inovadoras. O domínio do design – enquanto modelo de conhecimento – por empresas cujo negócio principal não está originalmente pautado nessa disciplina não é uma realidade facilmente observável, o que faz da inovação através do design uma área de estudo promissora para novas contribuições à literatura de serviços.

Este é o caso da área hospitalar. A importância dos hospitais para o país mostra-se evidente, segundo Gabrielli (2009), porque são organizações que empregam 56% dos profissionais de saúde. Estes profissionais consomem 67% dos gastos totais nessa área e 70%

¹ Ao adotarmos a sigla DNP, originalmente destinada a referenciar o desenvolvimento de novos produtos físicos, escolhemos adaptá-la para DNS como forma de identificar o desenvolvimento de novos serviços, facilitando a localização das diferenças entre bens e serviços desenvolvidas pelos autores citados no texto. No entanto, não deixaremos de utilizar a sigla original DNP para designar produtos de forma genérica, sendo eles bens físicos ou intangíveis, em momentos em que sua diferenciação não seja requerida para compreensão da ideia.

dos gastos públicos em saúde. O autor indica que o setor é responsável por cerca de $\frac{3}{4}$ dos atendimentos de emergência do sistema de saúde brasileiro e 27% dos atendimentos ambulatoriais, que significam aproximadamente 162 milhões de consultas médicas. Para o Ministério da Saúde, os serviços de saúde são classificados segundo três níveis básicos: baixa complexidade – atenção primária, preferencialmente ambulatorial –, alta complexidade – contempla procedimentos de maior custo e o uso de tecnologia –, e média complexidade – procedimentos que não se enquadram nos dois outros níveis (GABRIELLI, 2009).

De acordo com os relatos históricos de Santos (2007, apud GABRIELLI, 2009) a história dos hospitais brasileiros está diretamente ligada à história da medicina brasileira, onde alguns segmentos, como a Igreja, o Exército e as comunidades estrangeiras, atuaram expressivamente para o surgimento dos hospitais brasileiros. Neste cenário, “as Santas Casas destinavam-se ao atendimento de uma ampla variedade de excluídos como órfãos, mães solteiras, velhos, pobres e doentes”. Segundo o autor, os primeiros hospitais vinculados a comunidades estrangeiras também tinham caráter polivalente, com destaque para as Beneficências Portuguesas, que prestavam assistência financeira, social e médica aos recém-chegados de Portugal. Os imigrantes, concentrados em São Paulo e na região Sul do Brasil, tiveram papel relevante ao estimularem a criação de hospitais destinados ao atendimento de seus conterrâneos. Por volta da década de 1920, Porto Alegre viu nascer seu Hospital Alemão.

As empresas hospitalares, no relato de Melo et al. (2009), estão caracterizadas como instituições de alta complexidade, detentoras grande variedade de recursos, elementos e dispositivos voltados a uma atuação articulada que conduza à saúde integral de seus clientes. Esses fatores, juntos, proporcionam naturalmente certas dificuldades no processo organizacional como um todo, entre as quais aquelas relacionadas ao processo de informação, comunicação e transmissão do conhecimento na empresa. Isso significa que também ocorrem dificuldades quando se pretende desenvolver um novo serviço.

Para Melo et al. (2009), as organizações hospitalares são empresas cujo bom funcionamento depende especialmente das pessoas que conduzem seus serviços operacionais. “O poder é compartilhado, e os profissionais têm importante papel em sua dinâmica” (MELO et al., 2009). Isso torna evidente que as estratégias gerenciais devem incluir processos de negociação e comunicação intensas com os diversos grupos internos (MINTZBERG, 1982, apud MELO et al., 2009). Ademais, para Bittar (1997, apud MELO et al., 2009), “o hospital é uma instituição onde atividades intelectuais são mescladas com ciência e tecnologia de procedimentos utilizados diretamente em seres humanos, com componentes sociais, culturais e educacionais, interferindo na estrutura, no processo e nos resultados”. Nesse sentido, a

busca da inovação pode significar uma relação direta com a segurança dos pacientes, mas também com a satisfação dos clientes.

Os mesmos autores (MELO et al., 2009) informam que a imprensa tem se referido aos hospitais de forma claramente distinta entre os que são públicos e os que são privados. No que tange àqueles de administração pública, as menções dizem respeito à falta de leitos, superlotação, desperdício, sucateamento dos equipamentos, falta de recursos humanos qualificados e descontentamento da clientela interna e externa, principalmente. No setor privado, os principais temas abordados estão relacionados aos “recursos de gestão arraigados à técnica obsoleta de gestão hospitalar, apresentando problemas de falta de informação disponível para mudar os rumos da sua organização” (MELO et al., 2009). De acordo com estes os autores, o resultado proveniente de tal falta de informação é que “a maioria dos hospitais não sabe quais são os procedimentos que geram maior lucratividade, qual tratamento deixa o melhor ganho por diária, quais são os médicos que agregam maior valor”.

O cenário hospitalar brasileiro ainda encontra-se num estágio de pouca maturidade no que tange à mudança de uma gestão burocrática para uma gestão das organizações do conhecimento, segundo avaliação de Melo et al. (2009). É perceptível, para estes autores, que os hospitais nacionais ainda demonstram deficiências em seus processos de criação do conhecimento, apresentando uma cultura voltada ao armazenamento de informações técnicas e relacionadas a números, e não ao registro do conhecimento de seus processos. Esta avaliação dos autores tem grande relevância para o setor hospitalar, especialmente quando se pretende conhecer – e buscar desenvolver – processos de desenvolvimento de novos serviços com o apoio do design de maneira estratégica, buscando encontrar soluções inovadoras para essas mesmas organizações hospitalares.

É isso que nos motiva a avançar em novas investigações que possam dar continuidade ao conhecimento que hoje nos cerca, a partir de uma perspectiva nova: o modelo do Design Estratégico (DE). A escolha do DE como plataforma de análise para nossa investigação recai no fato de que, segundo Zurlo (2010), o design como processo proporciona um movimento de transformação, pois é um sistema aberto que permite e propõe diversos pontos de vista, modelos interpretativos articulados e várias prospectivas disciplinares. Por meio da coletividade de pensamento típica do design, que por sua vez será traduzida na produção de valor para clientes, parceiros, colaboradores e demais *stakeholders*, o design estratégico tem uma capacidade própria de habilitar um processo dialógico entre vários atores e traz como característica um *agir estratégico* como causa e efeito de um processo coletivo e interativo que pode modificar a realidade (ZURLO, 2010).

O design estratégico – um sistema aberto que promove a construção do conhecimento e a valorização de projetos apoiados na transdisciplinaridade – é o esteio que orienta nossa investigação a respeito da inovação. Nosso trabalho irá se situar no estudo da inovação aberta – *Open Innovation* (OI) – como elemento para a inovação em serviços. Nossa busca irá relacionar de maneira original as características do Design Estratégico como modelo de inovação aberta, aproximando o conhecimento acumulado na literatura à realidade corporativa da inovação em serviços. Com o presente trabalho, pretendemos identificar qual é o papel da *Open Innovation* em projetos de Design Estratégico e conhecer quais são as maiores dificuldades que se apresentam quando a inovação aberta é aplicada em projetos voltados à inovação em serviços.

Pela *open innovation*, a fronteira entre a empresa e o ambiente à sua volta é mais “porosa”, o que permite à inovação mover-se mais facilmente entre empresa e mercado. Daí a importância deste modelo de inovação, pois mesmo permitindo que se comercialize ideias externas e internas através do seu desenvolvimento fora dos limites da empresa (CHESBROUGH, 2003a), não exige a organização de dominar o conhecimento sobre seu negócio e, especialmente, sobre a nova tecnologia que se apresenta.

Essa obtenção de conhecimento e de criatividade além das fronteiras organizacionais passa pelo design também em suas mais recentes linhas de pesquisa. Em outras palavras, o design como um dos caminhos possíveis para se alcançar a inovação – e, conseqüentemente, a competitividade das organizações – conduz a uma abordagem que tangencia ou até se apropria de características inerentes a essa disciplina.

Neste mesmo caminho de aquisição de conhecimento e criatividade a partir de fora, queremos avançar nos estudos recentes do design estratégico como protagonista do processo de inovação em serviços, entendendo como a inovação aberta é vivenciada nas organizações. O design estratégico traz características e capacidades próprias que, ao serem relacionadas com os conceitos e propriedades da inovação aberta e do DNS, poderão produzir contribuições importantes para a inovação em serviços, objeto deste estudo.

Vários autores (CELASCHI, 2007; DESERTI, 2007; ZURLO, 2010) classificam algumas capacidades inerentes ao DE e as colocam a serviço das organizações, de forma a desenvolverem processos criativos e incrementarem estrategicamente sua vantagem competitiva. Entretanto, além de ser um processo de conhecimento, análise e simulação de soluções, o design estratégico robustece uma “lógica do fazer” presente desde as fases iniciais do projeto, aplicando um “olhar do todo” e conduzindo o processo – *design driven* – até as etapas mais tangíveis da execução (ZURLO, 2010). Desta forma, somam-se importantes

atribuições do design estratégico para o desenvolvimento de estudos relacionados à inovação de serviços. O design estratégico, na opinião de Zurlo (2010), é um sistema aberto dono de um olhar descentralizado que vem a favorecer a articulação de várias perspectivas disciplinares. Considera a interfuncionalidade das organizações e serve-se das relações entre empresas para propor soluções. A partir daí, se considerarmos o DE como um modelo possível para a inovação pelo sistema aberto, torna-se igualmente interessante entender como o design pode contribuir em projetos especificamente voltados a serviços, como no cenário hospitalar.

A inovação orientada pelo design – *Design-inspired innovation* – cria produtos que trazem significados (UTTERBACK et al., 2006). O design – uma disciplina que também se propõe aberta, segundo Flusser – é a coincidência de grandes ideias vindas de diversos saberes, além da arte e da ciência. A depender do produto em questão, arte e ciência podem aliar-se à economia, à mercadologia, à administração, e a tantas outras disciplinas quanto se possam dominar, de forma a emanar um valor e um significado ao produto (ou ao serviço ou ao processo) que somente o design poderá ter habilidade para articular (FLUSSER, 2007). Utterback et al. (2006) dizem que, a despeito da grande busca de um mundo de maior beleza – porque “as pessoas são fanáticas pela aparência” (JANG et al., 2009) –, humanidade e ética, bem como de um mundo que proveja as necessidades básicas, há um crescente interesse na criação de produtos com maior significado e que também reduzam o desperdício. Cresce o desejo por consumo de bens e serviços usufruídos em economias mais desenvolvidas, mas cresce ainda mais o número de pessoas que aspiram simplesmente por produtos e serviços básicos (UTTERBACK et al., 2006).

Segundo esses autores, o design, em especial a sua integração com outras funções de uma empresa e sua estratégia, recebeu menor ênfase em pesquisas anteriores do que merece pela sua importância para o sucesso em um ambiente competitivo. Para eles, o design deve constituir o início do processo de inovação e considera a totalidade do uso e da vida de um produto, ao invés de ser um processo em que o produto é apenas concebido como um artefato ou um implemento (UTTERBACK et al., 2006).

Considerando as afirmações de todos estes autores, nosso interesse neste estudo, de maneira mais precisa, encerra o desejo de esclarecer a seguinte questão: qual é a contribuição da *open innovation* em um projeto de Design Estratégico e que condições precisam ser observadas para sua aplicação em projetos voltados à inovação em serviços?

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Este trabalho ficará restrito à investigação de projetos de inovação em serviços conduzidos pelo design estratégico. A preferência pela inovação em serviços se dá porque há um crescente aumento do interesse e dos desafios pelo tema, tanto no âmbito acadêmico quanto no espaço organizacional e da experiência do usuário. No entanto, muitas lacunas ainda permanecem inalcançadas ou pouco aprofundadas, como citado por Jaw, Lo e Lin (2010) quando se referem, por exemplo, ao Desenvolvimento de Novos Serviços. Ou, de forma mais específica, no que se refere à inovação em serviços no âmbito social da área hospitalar, onde as iniciativas são menos expressivas no Brasil se comparadas às de países da Europa e Estados Unidos.

Por se tratar de um tema com considerável amplitude, potencialmente condutor de questões relacionadas à geração de valor em serviços, construímos este estudo direcionado ao contexto de *open innovation*, um modelo de inovação que permite a comercialização de ideias de dentro para fora da empresa e de fora para dentro, em movimentos que possibilitam e incentivam a geração de inovação livre das paredes da organização e, conseqüentemente, uma geração de valor que eleva a competitividade estratégica das empresas que a praticam. Neste sentido, o design estratégico encontrou possibilidades favoráveis para uma atuação participativa, intervindo junto aos principais atores do problema em questão e projetando soluções a partir do que foi observado.

Neste campo, adentramos na questão do uso da propriedade intelectual externa para alimentar o próprio modelo de negócio, mas não entramos na seara da geração de lucro com a propriedade intelectual interna no modelo de negócio de outras organizações. Nossa investigação buscou analisar um projeto de inovação em serviços de fora para dentro da organização, não tendo pretendido investigar a rota inversa.

Todo o trabalho está assentado no design estratégico como modelo de conhecimento que propicia a condução das organizações à inovação em serviços. O design estratégico, neste estudo, participa como fundamento teórico, como modelo analítico e de projeção; atua como uma plataforma para o entendimento da obtenção de conhecimento além das fronteiras da empresa, numa pesquisa participante em uma organização hospitalar cujos projetos de desenvolvimento de novos serviços ganham forma pela prática da inovação aberta.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Se a inovação, conforme Tidd, Pavitt e Bessant registram, diz respeito à mudança no que se refere a Produto, Processo, Posição ou Paradigma (2008), é importante considerar também que, para os mesmos autores, serviços representam um caso particular nesta abordagem do que chamam de “os 4 Ps” da inovação, visto que certos aspectos de produtos e processos podem causar confusão de entendimento. Inovação é um negócio arriscado por natureza, uma vez que ocorre sob condições de incerteza, por isso torna-se necessário atacar tais incertezas e transformá-las em conhecimento para, então, minimizar os riscos da iniciativa (TIDD; PAVITT; BESSANT, 2008).

A inovação – esteja ela se referindo a qualquer um dos 4 Ps dos autores supracitados – sofreu uma mudança fundamental na forma como é gerada e levada ao mercado. A esse respeito, Chesbrough (2003a) explica que, pelo modelo antigo de inovação fechada, as empresas aderem à filosofia de que a inovação bem sucedida requer controle. Ou seja, por esse modelo, as empresas devem gerar suas próprias ideias que elas mesmas, em seguida, irão desenvolver, fabricar, comercializar, distribuir e prestar os serviços correlacionados. O modelo de inovação fechada (CHESBROUGH, 2003a) tratava de uma abordagem que exigia autossuficiência da organização.

Com a mudança de paradigma da inovação, ocorrido inicialmente nos Estados Unidos no final do século XX e motivado principalmente, segundo Chesbrough (2003a), pela mobilidade dos trabalhadores do conhecimento, ficou cada vez mais difícil para as empresas controlarem a propriedade de suas ideias e especialidades. Outro aspecto importante foi a crescente disponibilidade de capital de risco privado, que em muito ajudou a financiar novas empresas e seus esforços para comercializar ideias que se espalharam para além das fronteiras dos laboratórios de pesquisa das empresas (CHESBROUGH, 2003a). Tudo isso motivou a interrupção do círculo virtuoso da inovação e o fortalecimento do novo modelo de *open innovation*.

Chesbrough (2003a) explica o modelo de *open innovation* desta maneira:

No modelo de inovação aberta, a empresa comercializa tanto as suas próprias ideias, bem como as inovações de outras empresas e procura maneiras de trazer suas ideias internas para o mercado, implantando percursos fora do seu negócio atual. Note-se que a fronteira entre a empresa e seu ambiente circundante é porosa, permitindo às inovações circularem mais facilmente entre ambos (CHESBROUGH, 2003a).

Inovação de Produto, conforme Tidd, Pavitt e Bessant, refere-se ao primeiro dos 4 Ps da inovação e diz respeito tanto a bens físicos – por exemplo, um novo modelo de automóvel – quanto a serviços – por exemplo, um novo pacote de seguro (TIDD; PAVITT; BESSANT, 2008). Já referenciamos anteriormente que os serviços, por características próprias, podem representar uma combinação de uma inovação de produtos e uma inovação de processos, e por isso se torna necessária uma atenção maior para favorecer esclarecimentos conceituais.

Para Chesbrough e Spohrer (2006), a origem da terminologia “serviços” está na década de 1930, quando a classificação industrial padrão do Departamento de Comércio dos Estados Unidos identificou “serviços” como uma categoria à parte para as atividades que não se adequavam às categorias Agricultura e Indústria. Atualmente, essa é uma categoria que adquiriu importância significativa, crescendo mais rapidamente que os outros setores da economia americana (CHESBROUGH; SPOHRER, 2006).

Nos dias de hoje, segundo os mesmos autores, a definição para serviços aceita pelo governo dos EUA foi sugerida pelo acadêmico Ted Hill e diz que

Serviço é uma mudança na situação de uma pessoa, ou um bem pertencente a alguma entidade econômica, resultante da atividade de outra entidade econômica, com aprovação da primeira pessoa ou entidade econômica (CHESBROUGH; SPOHRER, 2006).

Estes pesquisadores também afirmam que outras definições de serviço podem ser consideradas, destacando a ênfase na troca entre duas ou mais partes e a transformação (potencialmente intangível) recebida por um cliente.

Não obstante a dificuldade que o mercado corporativo e o meio acadêmico possam encontrar para estabelecer uma definição clara a respeito dos serviços, o fator de maior relevância passa pela questão particular da dificuldade de inovar em serviços. Mesmo com vários exemplos de empresas que inovaram em serviços no mercado internacional, como as líderes em seus segmentos ou mercados de atuação FedEx, GE e IBM, trata-se de um processo difícil e complexo. Tanto mais complexo se forem abordados a partir de modelos de inovação menos tradicionais, como *open innovation* ou design estratégico – alguns exemplos são referência, como os vários casos de consultoria britânica em inovação médica NHS Innovations London junto a hospitais. São casos de inovação em serviço e inovação aberta que merecem atenção redobrada do ambiente acadêmico, pois de fato representam parte da

construção de “nosso mundo ‘pós-produção’, que oferece uma vasta gama de serviços que compõem cerca de 80% da atividade econômica” (CHESBROUGH; SPOHRER, 2006).

Este avanço do setor de serviços também é destacado por Moritz (2005) quando afirma que, assim como ocorreu com a revolução industrial, que transformou a sociedade e a economia, agora a sociedade está prestes a vivenciar “a revolução dos serviços” (MORITZ, 2005, grifo nosso). Seus argumentos estão baseados na proposição de quatro principais impulsionadores que lideram o que chama de a revolução dos serviços: **a)** o crescimento da economia de serviços, especialmente em países mais desenvolvidos, onde o serviço tem sido reconhecido como o terceiro setor, ao lado da agricultura e da indústria; **b)** a saturação do mercado de produtos físicos, como consequência da produção serial e em massa, que abafa possíveis novos resultados inovadores; **c)** a tecnologia mais democrática, que revoluciona a oferta de serviços; **d)** as necessidades individuais dos usuários, que dificultam a padronização das expectativas dos clientes.

Segundo o autor, tais impulsionadores indicam que há uma oportunidade para o Design de Serviços (DS) projetá-los e apoiar o mercado de serviços com novos conceitos. Design de Serviços, para Moritz, é o projeto da experiência global de um serviço, bem como o projeto do processo e da estratégia para prestar esse serviço (MORITZ, 2005).

Moritz, na mesma obra supracitada, reforça que as organizações precisam encontrar novas formas de se destacar na competição do mercado e oferecer novos valores, e o design de serviços pode ajudar a criar um novo relacionamento entre organizações e clientes ou usuários. Com esse pensamento, considera que o design de serviços coloca o cliente no centro das atenções para, em conjunto com este, gerar inovação. Verganti (2009) corrobora com a ideia de que o cliente precisa ser tornado o foco da atitude da inovação, afirmando que na comunidade internacional de negócios o imperativo para o sucesso é a inovação centrada no usuário – *user-centered innovation* (VERGANTI, 2009).

Assim, apoiados nestes cenários de busca da inovação centrada no usuário e do engajamento da organização na geração de novos valores, nossa investigação caracterizou-se por um forte viés participante ao ser realizada junto ao Hospital Mãe de Deus, de Porto Alegre, o que exigiu uma participação direta na proposição de ações colaborativas voltadas às soluções dos problemas identificados.

O Hospital Mãe de Deus compõe uma rede de nove hospitais presentes em sete municípios do estado do Rio Grande do Sul, denominada Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD), cuja mantenedora é a Associação Educadora São Carlos – AESC –, entidade civil de personalidade jurídica, de caráter beneficente e finaltrópico. Esta instituição tem a finalidade

de atender às pessoas nas áreas de educação, saúde e assistência social e foi fundada em Caxias do Sul, RS, pela Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo Scalabrinianas, numa história que remonta o ano de 1895 (SSMD, 2012).

Segundo Vaccaro e Silva (2011), “a Congregação nasceu com o intuito de atender aos migrantes com precária situação socioeconômica, religiosa e cultural, por meio de ações focadas na assistência à saúde, educação, assistência social e catequese”. Cultivando valores como acolhida, solidariedade, fraternidade, promoção humana, disponibilidade, participação, ética e universalidade, a Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo Scalabrinianas está presente hoje em 28 países e carrega a missão de prestar serviço evangélico e missionário aos migrantes e fragilizados.

Presente no Brasil desde a fundação da AESC no ano de 1962, a Congregação tem uma atuação direcionada à saúde, educação e assistência social. A atuação na saúde, por sua vez, ocorre por meio do Sistema de Saúde Mãe de Deus em três linhas de ação: 1) assistencial – rede de atenção hospitalar de alta, média e baixa complexidade, atenção básica à saúde, atenção ambulatorial especializada, e saúde mental; 2) transferência de tecnologia – convênios com órgãos públicos estadual e federal; e 3) educação e pesquisa – Centro Científico e a Universidade Corporativa Mãe de Deus (VACCARO; SILVA, 2011).

O Hospital Mãe de Deus, unidade-líder do Sistema de Saúde Mãe de Deus, hoje estruturado tal como uma organização empresarial no que tange à administração de suas atividades e departamentos, apresenta – de forma simplificada, segundo entrevistas coletadas nesta pesquisa – setores que compreendem uma grande área assistencial, também chamada de atividade-fim, que corresponde às atividades médicas propriamente ditas; e uma outra grande área que cuida das atividades econômicas da empresa – agrupadas no que se chama de atividades-meio. Neste entendimento, atividades econômicas não se restringem à área financeira, mas referem-se também às áreas de recursos humanos, marketing, enfermagem e todas aquelas que fornecem algum tipo de suporte e apoio, direto ou indireto, à prática assistencial. Direta ou indiretamente, todas as atividades-meio têm o compromisso de apoiar a atividade-fim e dar condições de a instituição praticar o cuidado ao paciente.

É caracterizado como um hospital geral de alta complexidade, em que os serviços são direcionados ao atendimento de pacientes particulares e via convênios, “sendo o resultado financeiro totalmente reinvestido no SSMD” (VACCARO; SILVA, 2011). O Hospital Mãe de Deus tem cerca de dois mil funcionários e um corpo clínico com mais de quatro mil médicos credenciados. Acumula mais de trinta anos de experiência no atendimento assistencial à

população, tendo como área de abrangência a Região Sul do Brasil e países do Mercosul, em especial Argentina e Uruguai (VACCARO; SILVA, 2011).

A área de marketing do Hospital Mãe de Deus – uma atividade de apoio – encontra-se atualmente em processo de alteração estrutural, e é foco de discussões internas das equipes de gestão administrativa, que defendem ser necessária uma nova abordagem para tratar o relacionamento da instituição com seus diferentes atores: pacientes (clientes), mercado (aqui, entendido como clientes organizacionais, parceiros externos e outros hospitais) e médicos (definidos pela instituição como seus parceiros estratégicos). Segundo a instituição, há uma forma tradicional de criar e manter esse relacionamento, mas existe uma exigência mercadológica por novos métodos que ajudem a instituição a alcançar a competitividade sustentável.

A escolha do Hospital Mãe de Deus como celeiro para o objeto de nosso estudo recaiu, especialmente, em três fatores. O primeiro, fundamental e decisor para a viabilidade do estudo, refere-se à disponibilidade dessa instituição em apoiar estudos direcionados à inovação em serviços, permitindo a investigação e a intervenção de forma integrada. O segundo trata da adequação do tema de estudo – o design estratégico como veículo da inovação aberta – e, especialmente, do problema de pesquisa deste trabalho às necessidades dessa organização. O terceiro fator, de grande aderência às proposições de vários autores citados neste estudo, abrange o anseio de se contribuir com o conhecimento no âmbito social e, simultaneamente, gerar um resultado concreto e prático, mesmo que de forma indireta, à sociedade usuária dos serviços voltados à saúde, precisamente aquela em que se depositam os esforços da pesquisa.

Desta forma, consideramos que o conhecimento trazido pelo design, como um dos modelos que propiciam a condução das organizações à inovação (DORST, 2003; ZURLO, 2010; CELASCHI, 2007; DESERTI, 2007; MORITZ, 2005), favorece a discussão que projeta a obtenção externa de criatividade (inovação aberta) para a geração de valor em serviços. Neste caminho, alguns questionamentos vieram ao encontro de nosso objeto de pesquisa – o projeto de design estratégico voltado à inovação em serviços – e se mostraram pertinentes à nossa investigação:

- a) O que caracteriza a inovação aberta como um modelo compatível com projetos de design estratégico numa instituição hospitalar?

- b) Como a inovação aberta aplicada a projetos de novos serviços orientados pelo design pode configurar-se uma abordagem de auxílio concreto às práticas inovadoras de uma organização hospitalar?
- c) Existem condições ideais para que projetos de design estratégico voltados a serviços desenvolvidos em um hospital possam ser concretizados num contexto de inovação aberta? Quais são essas condições?
- d) De que forma essas características, condições e abordagens da inovação aberta podem gerar valor ao desenvolvimento de novos serviços conduzidos pelo design em um hospital?

Para respondê-las ou, minimamente, situá-las nos propósitos desta investigação, aplicamos a perspectiva do Design Estratégico e todo seu aparato de conhecimento que vem sendo desenvolvido recentemente, de forma a aproximarmos de uma resposta à questão-chave orientadora desta investigação, que pode ser descrita da seguinte forma: **qual é a contribuição da *Open Innovation* em um projeto de Design Estratégico e que condições precisam ser observadas para sua aplicação em projetos voltados à inovação em serviços?**

1.3 OBJETIVOS

Neste estudo, as questões relacionadas à inovação em serviços e geração de valor para o cliente são exploradas de uma forma nova. Considerando o design estratégico como um modelo de conhecimento favorável ao desenvolvimento de novos serviços, torna-se importante entender como a *open innovation* pode contribuir em projetos de novos serviços orientados pelo design.

1.3.1 Objetivo geral

De forma geral, o objetivo deste estudo é precisamente avaliar a contribuição da *open innovation* em um projeto de design estratégico voltado a serviços no Hospital Mãe de Deus.

Para alcançá-lo, estabelecemos objetivos específicos sobre os quais direcionaremos nossos esforços:

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Apontar características do contexto de *Open Innovation* em um projeto de Design Estratégico voltado à inovação em serviços no Hospital Mãe de Deus.
- b. Identificar pontos de compatibilidade entre os modelos OI e DE nesse projeto de novos serviços orientados pelo design, nessa organização.
- c. Descrever, a partir do projeto de DE conduzido na investigação, os momentos em que a OI apresenta-se como ferramenta prática para a inovação no âmbito hospitalar.
- d. Entender aspectos da lógica do Design Estratégico que permitam a projetos de inovação em serviços hospitalares serem realizados num contexto de *Open Innovation*.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A fundamentação teórica apresentada neste trabalho está estruturada de maneira a nortear o desenvolvimento de uma investigação que venha ao encontro da proposta do problema de pesquisa. Nesta seção, trazemos diversas abordagens sobre os temas onde mais se têm concentrado as discussões que poderão nos auxiliar no desenvolvimento de uma base multidisciplinar para uma composição de conhecimentos sobre a inovação em serviços, tema deste trabalho. Assim, damos continuidade ao estudo apresentando, primeiramente, o design como modelo de conhecimento e forma de condução do tema, com o qual será pautado todo o trabalho de investigação. Do design é extraída uma série de fundamentos que montarão o esteio para intensificar o olhar da inovação sobre o tema dos serviços e, desta forma, preparar a coleta de dados – em especial da pesquisa projetual – idealizada para esta investigação.

A segunda etapa desta fundamentação teórica apresenta uma visão conceitual da inovação aberta como modelo de conhecimento e geração de valor a partir da origem de sua proposta, trazendo esclarecimentos basilares sobre esse tema e lançando as discussões iniciais para a apresentação das outras matérias estruturais deste trabalho.

Na última seção, serviços são apresentados conforme o olhar de vários autores, que apontam questões relevantes para seu entendimento e ampliação da discussão que diz respeito à inovação em serviços, de forma que se torna possível enquadrar sua abordagem ao foco deste trabalho.

2.1 DESIGN ESTRATÉGICO

2.1.1 Fundamentos para um design estratégico

O Design Estratégico, na visão de Zurlo (2010), apresenta-se como um sistema aberto que permite e propõe pontos de vista diversos, modelos interpretativos articulados e várias perspectivas disciplinares, confrontando-se com as complexidades da sociedade, sejam elas de ordem técnica, processual ou organizacional. Este olhar descentralizado propicia uma construção do conhecimento e uma valorização dos projetos que se apóiam na transdisciplinaridade, considerando a interfuncionalidade das organizações e utilizando-se de

relações interorganizacionais para pensar soluções a esses mesmos desafios que surgem. A palavra, segundo o autor, dá conta de outras tantas abordagens (no que se refere a operações, ferramentas e modelos para a construção do conhecimento) e manifesta-se, teórica e praticamente, incluindo outros termos, como *design leadership*, *design thinking*, *design strategy*, *design direction*, *business design*, *design research*, *design management*, etc., sendo que todas as expressões apresentam alguma sobreposição com o funcionamento e os princípios de design estratégico (ZURLO, 2010).

No âmbito das organizações, o design estratégico opera tanto num ambiente interno quanto externo, de forma a cercar o problema e oferecer possibilidades de resolução a partir do todo. Comunicar a filosofia organizacional, a imagem corporativa e a cultura da organização constituem-se no primeiro desafio do DE e ele parte do cenário interno. A seguir, destaca-se sua atuação externa à organização, expandindo-se para o mercado (PASTORI et al., 2009) ou para a sociedade pela interação com o sistema produto-serviço e com o usuário. É importante considerar que o design estratégico surge pela aplicação de um pensamento sistêmico que dá condições de aproximar arte – expressa pela criatividade – e técnica e também indivíduos, sociedade e empresas, criando cenários e incentivando a formação de redes de inovação. Por meio dessa coletividade de pensamento, que por sua vez será traduzida na produção de valor para clientes, parceiros, colaboradores e demais *stakeholders*, o design estratégico tem uma capacidade própria de habilitar um processo dialógico entre vários atores e, para Zurlo, traz como característica própria um *agir estratégico* como causa e efeito de um processo coletivo e interativo que pode modificar a realidade (ZURLO, 2010).

Essa realidade modificada pelo agir estratégico, por conseguinte, vem expressar-se de formas diversas, como na inserção de uma marca ou um produto no mercado, ou no alcance da harmonia no seio de uma comunidade, ou na presença sistemática de produtores rurais exercendo atividade comercial regrada em centros urbanos; ações concretas que representam visivelmente a estratégia tomada. Em outras palavras, o objetivo do DE é dar forma à estratégia, concretizada num sistema-produto, que para Celaschi trata-se de projetar a forma completa do produto, de seu processo de comunicação com o mercado e do modo como tal produto chegará ao consumidor (CELASCHI, 2007). Também pode ser dito, segundo o autor, que explicitar o modelo de gestão adotado pela organização e ajudar a definir sua identidade fazem parte do quadro prático de responsabilidades do design estratégico.

Zurlo (2010) acrescenta que o DE atua em outros aspectos que afetam os comportamentos e a motivação das pessoas, bem como no estilo da relação, o que poderá agir diretamente na percepção das razões da organização. Explicitar o modelo adotado pela

empresa significa, para o autor, projetar uma dimensão cultural que ativa o ambiente, como um processo que capacita pessoas a compartilhar o sentimento de união (ZURLO, 2010). O design, colocado em continuidade e familiaridade com a organização, pode colher de fora e difundir internamente sinais de mudança da sociedade, da cultura, do mercado, da tecnologia. Mais que isso, o autor garante que o design tem capacidade de comunicar de maneira clara tais sinais e auxiliar a superar barreiras inerentes ao modelo adotado, de forma a atualizá-lo.

Paralelamente, Celaschi (2007) assevera que o contexto contemporâneo é caracterizado pela hiperproliferação dos bens produzidos na indústria e pela superioridade da oferta em relação à demanda, mas deixa claro que não se pode referir somente a bens tangíveis, mas inclui aí “todas as formas de bens tangíveis, serviços e experiências”. Assim, acredita que o design possa contribuir com condições de oferecer valor para a cadeia de forma amplificada, atestando que o design constitui-se uma prática que, sem o suporte do conhecimento mercadológico, acaba sendo confundida com uma técnica ou com uma arte. Celaschi (2007) também entende que o design tem capacidade de “criar valores tanto para a empresa produtiva quanto para o consumidor”. O autor sustenta que a gestão dos processos que levam a satisfação ao consumidor por meio da produção de mercadorias – que podem ser objetos, serviços, experiências – deve ser encarada como um “problema de forma”. Dessa maneira, o design, segundo este autor, tem um conjunto de conhecimentos capitalizados em torno da capacidade de intervir nesse processo, permitindo resolver o “problema de forma” dando “nova forma” ao conjunto das características que qualificam o valor dos bens, transformando-os em mercadorias contemporâneas (CELASCHI, 2007).

2.1.1.1 Capacidades do design

Zurlo (2010) entende que o design desenvolve técnicas especiais que permitem simular situações espaço-temporais da organização no ambiente de forma a prever problemas e desenvolver soluções colaborativas, através de representações mentais expressas pela linguagem e pelas capacidades inerentes ao design e ao designer.

A primeira é a capacidade de *ver*. Trata-se de um ato criativo de observação dos fenômenos para além do que é visível, uma capacidade de leitura orientada dos contextos e sistemas. Nesta capacidade se apresenta o *briefing*, um dos instrumentos do design pelo qual sua experiência técnica permite ver selecionando os aspectos de novidade do que está sendo visto, ou orientando sua visão sobre os objetivos que estão sendo colocados. Saber *ver*, para Zurlo (2010), considera captar as necessidades tácitas e veladas das pessoas e, muitas vezes,

transformá-las em oportunidades de inovação. No campo organizacional, segundo o autor, a capacidade de saber *ver* contempla entender com profundidade os *frameworks*² de quem deve compreender e, então, decidir, no que tange ao processo estratégico. Portanto, o *ver* se refere a entender como funcionam esses “filtros culturais”, selecionando-os e dando sentido.

A segunda capacidade relaciona-se diretamente com a primeira. Na capacidade de *prever* se observa para alimentar a criação de futuros possíveis, tal como na estratégia. *Prever* é a capacidade de antecipação crítica do futuro, filtrando-se conscientemente ao conhecimento e à informação para avaliar a viabilidade (tecnológica, econômica, sócio-ambiental...). Pode ser uma atitude ou sensibilidade, segundo o autor, de captar sinais fracos de mudanças nos comportamentos, preferências, aparências ou orientação dos projetos em cenários onde se pode exercitar. O cenário é o instrumento pelo qual se “cria um ambiente no qual os consumidores lidam imaginariamente com os produtos” – tangíveis ou intangíveis (BEST, 2006). Para o autor, a capacidade de *prever* está intimamente ligada à importância que se dá à criatividade dentro da organização.

A capacidade de *fazer ver* é uma ferramenta que acelera a tomada de decisão, pois torna visível o que é possível. É a capacidade de visualizar cenários futuros, apresentando novas ideias em diferentes níveis de abstração e apoiadas por instrumentos retirados de outros modos de representação. Pode ser com o auxílio de uma imagem carregada de significado, ou de um protótipo. Este último, por sua vez, é um instrumento largamente utilizado, pois se faz imediatamente compreendido pelos tomadores de decisão dentro da organização, uma vez que permite aprender o que se cria e também desenvolver o papel que terá, a estratégia proposta e o design propriamente dito (ZURLO, 2010).

Outros instrumentos de representação intrínsecos ao design – além dos supracitados *briefing*, cenários, protótipos – se fazem úteis aos novos conceitos de produtos e serviços da contemporaneidade, segundo Zurlo (2010). Serviços, afirma o autor, são demonstrados de maneiras diversas, como a partir de colagens de imagens, *storyboards*, *blueprintings*, de forma que contribuam para a visualização do funcionamento do serviço e de seus pontos de contato junto aos usuários. O autor indica que estes pontos de contato, representados de maneira pormenorizada, antecipam-se à jornada a ser enfrentada pelo usuário, fazendo-se ver todo o processo nas etapas pré, durante e pós-uso (ZURLO, 2010).

² *Frameworks* são, para Zurlo, quadros culturais, “filtros que dão sentido à realidade e são compostos de conhecimento social e cultural e das crenças, construídos ao longo do tempo e dependentes do contexto” (ZURLO, 2010).

2.1.1.2 O sistema-produto

É claro para Zurlo (2010) que o DE se apresenta como uma atividade de projeto com o objetivo de ativar a ação estratégica nas estruturas organizacionais e tal capacidade tem relação direta com a possibilidade inerente ao design de criar significado, fazendo com que os resultados propostos sejam capazes de envolver os atores. Neste sentido, o DE exige uma nova capacitação da organização, pressupondo um processo de aprendizado condutor de um movimento de transformação, de forma que a mudança de cultura seja um elemento intrínseco nas tomadas de decisão da organização. No entanto, não se restringe a um processo de conhecimento, análise e simulação de soluções, pois seu método de atuação – que atua como um modelo estratégico, mas não fechado, endurecido – destaca uma *lógica de fazer*, aplicando um *olhar do todo* e conduzindo o processo – *design driven* – até as etapas mais tangíveis da execução (ZURLO, 2010).

Esta condução do processo pelo design ultrapassa a questão de comportamentos e funções para vir a gerar novos significados, que por sua vez estão diretamente relacionados à geração de trajetórias de inovações descontínuas – *design-driven innovation* (VERGANTI, 2006). Tais inovações não poderão, para Zurlo (2010), lograr resultados via produtos, simplesmente. Serão necessárias “complexas combinações de produtos, serviços, espaço e informação”, nas palavras de Brown (2008, apud ZURLO, 2010), que Zurlo chama de sistema-produto. Para Celaschi (2007), o sistema-produto refere-se a um conjunto de interfaces que contempla a busca do desempenho do objeto não apenas pelo produto em si, mas pela projeção da forma do produto, por seu processo de comunicação com o mercado e pelo modo através do qual este produto alcançará o consumidor final. Desta forma, para este autor, tem-se possibilidade de redimensionar o valor de uso através do significado do produto e de seu processo de aquisição (CELASCHI, 2007).

Para o autor, a inovação do produto passa – além do redimensionamento de seu valor de uso e de seu processo de aquisição – pelo desafio de “o que fazer com a identidade concreta que os produtos construíram na relação com seus consumidores”. Neste ponto, a marca ganha espaço como “um dos ‘supervínculos’ ao redor dos quais deve mover-se a inovação”, nas palavras de Celaschi (2007). Este aspecto, para o autor, deve ser mantido no centro da discussão quando se busca a inovação, visto que a continuidade da evolução de valor da marca trata-se de um vínculo de maior poder de união entre consumidor e produtor.

Assim, a inovação orientada pelo design (design-driven innovation) tem, para o autor, mudado seu foco da forma do produto para um conjunto sinérgico de fatores que precisam ser articulados e controlados, uma vez que intervêm no sistema-produto. A construção e manutenção da marca por meio de métodos e processos que envolvem a cultura de projeto fazem parte deste novo escopo, pois “a marca, que uma vez indicava o produtor, hoje indica o consumidor” (CELASCHI, 2007).

O conceito de sistema-produto trazido por Zurlo e Celaschi apresenta-se fortemente vinculado ao tema de nosso estudo, que trata de projetos de inovação aberta em serviços conduzidos pelo design estratégico. Conforme veremos no capítulo de condução da metodologia, há um interesse claramente manifesto da instituição Hospital Mãe de Deus em projetar um serviço para desenvolver um relacionamento efetivo com seu corpo médico que transcenda as limitações do espaço físico atualmente existente. Esse interesse institucional aponta – igualmente de maneira explícita nas entrevistas levantadas – para a condução do projeto sob o olhar do design, e traz intrínseca uma expectativa de solução para o todo. O resultado, desta forma, não poderá representar ações isoladas – como de fato hoje podem ser observadas –, mas irá assinalar, necessariamente, uma proposta de geração de valor pela identificação de elementos que, agregados, constituem-se num sistema-produto do projeto de inovação propriamente dito.

2.1.1.3 O metaprojeto

O projeto de inovação, segundo Deserti (2007), deve ser precedido por uma etapa metaprojetual que lhe dê orientação. Ao apresentar um esquema processual preliminar, o autor afirma que a atividade de metaprojeto pode ser organizada por:

- a) fase de pesquisa;
- b) etapa de interpretação dos dados coletados, concluída na geração de metatendências e, adicionalmente, na formação de dados basilares para a construção de trajetórias de inovação;
- c) fase de construção de cenários, onde se definem as trajetórias de inovação a partir dos dados pesquisados e interpretados anteriormente;
- d) fase de construção de visões, que serão empregadas como instrumentos de estímulo e orientação das escolhas para a elaboração do *conceito de design*, que por sua vez introduz a passagem ao projeto (DESERTI, 2007).

O percurso que o projetista faz pelo metaprojeto, de acordo com Deserti (2007), prevê que o projeto surja de uma capacidade de analisar e interpretar os vínculos que o contexto apresenta. Adicionalmente, prevê que o projeto também surja da capacidade de gerar oportunidades canalizando a criatividade para cenários e possíveis direcionamentos da inovação. A Figura 1 apresenta, de forma didática, um conjunto de ferramentas pensado pelo autor, como instrumentos que podem ser recombinaados em função do contexto.

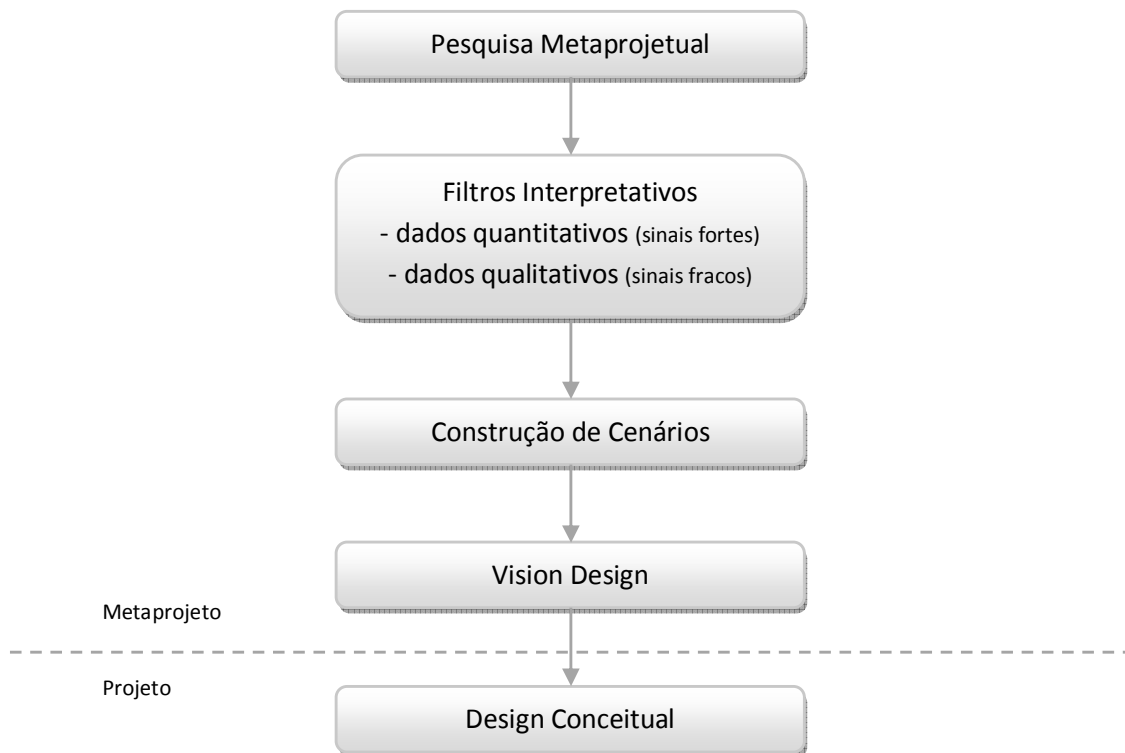


Figura 1 – Esquema linear de desenvolvimento do processo metaprojetual. Adaptado de Deserti, 2007.

Num modelo sistêmico proposto por Deserti (2007), a pesquisa contextual diz respeito a uma primeira grande área do metaprojeto. Nela, informações relativas a recursos disponíveis, referências externas, tipologia de produto, mercado-alvo, comportamento da concorrência, estrutura de distribuição e ao modelo da cadeia de valor serão muito úteis para sugerir o que venha a ser viável ou não em termos de processo de inovação. O resultado deste trabalho investigativo poderá ser chamado, de acordo com Deserti (2007), “Dossiê empresa-mercado”, um documento-ferramenta direcionadora de escolhas a ser utilizada na fase projetual.

A segunda grande área refere-se a construções de algumas direções que poderiam ser praticadas para se chegar à inovação, de forma a definir-se um sistema de oportunidades, e

não apenas conexões entre os dados levantados. Deserti (2007) chama tal etapa de “Pesquisa *Blue Sky*” e seu funcionamento compreende a retomada de um sistema de informações previamente estabelecido para provocar a criatividade e, igualmente, direcioná-la para que evolua de forma aderente aos objetivos da empresa. Segundo Parode e Scaletsky (2008), a pesquisa *Blue Sky* busca exemplos e estímulos para que sejam obtidos, por transferências através de raciocínios analógicos, indicativos do que poderão ser cenários para a construção de respostas a um problema de design (PARODE; SCALETSKY, 2008). O documento que daí resulta se chama “Dossiê Cenários de Inovação” e, para o autor, apresenta-se heterogêneo: possui uma dimensão estratégica, constituída de cenários de inovação que advém da interpretação de sinais fortes e fracos (observação da evolução dos produtos, dos comportamentos, dos mercados, das tecnologias, etc.); mas preserva uma dimensão mais visual, advindos de referências materiais e formais (Deserti, 2007). A Figura 2 demonstra o desenvolvimento do processo metaprojetual idealizado pelo autor.

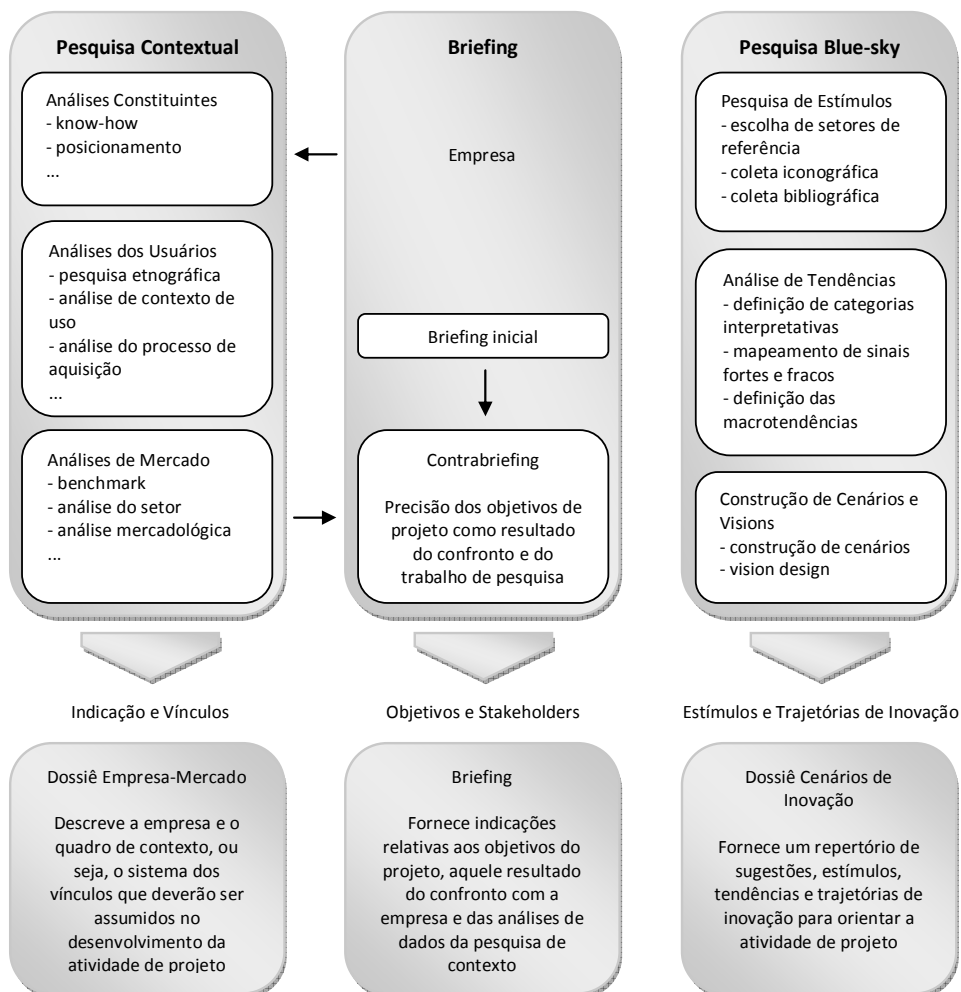


Figura 2 – Esquema sistêmico de desenvolvimento do processo metaprojetual. Adaptado de Deserti, 2007.

O autor incentiva-nos a depositar mais interesse na segunda área, justificando que o objetivo perseguido com o modelo refere-se a traçar um percurso que permita compreender limites e, então, transcendê-los. Para isso, faz-se necessário desvendar a proximidade do design com outras disciplinas na busca de destacar instrumentos apoiadores da inovação, e sintetizar as especificidades do design para que possa dialogar – e não só contrapor-se – com outras especificidades, oriundas de outras fontes (DESERTI, 2007). No roteiro de construção das informações que antecedem o projeto – a pesquisa contextual –, Deserti aponta a empresa como o primeiro sujeito de análise.

2.1.2 Design de serviços

Segundo Mager (2007), Design de Serviços (DS) não existia como um conceito até o início da década de 1990 nem mesmo nos Estados Unidos, onde o marketing de serviços foi identificado e tratado como um tema independente já na década de 1970. Quando introduzido pela primeira vez como uma especialidade acadêmica em design no início da década de 1990, o conceito não recebeu crédito, situação diversa dos dias de hoje, segundo a autora, quando tem credibilidade no ensino, pesquisa e prática em todo o mundo. Design de serviços projeta, na afirmação de Mager, a funcionalidade e a forma de serviços a partir da perspectiva dos clientes. O objetivo é projetar de forma a garantir que as interfaces de serviço sejam úteis, usáveis e desejável do ponto de vista do cliente, e eficaz, eficiente e distinto do ponto de vista do fornecedor (MAGER, 2007).

Pelo design de serviços se podem visualizar, formular e orquestrar soluções para problemas que não necessariamente existem hoje – mas que poderão surgir –, pois eles observam e interpretam os requisitos e padrões de comportamento e os transformam em possíveis serviços futuros. Para Mager, trata-se de um “processo que aplica abordagens de design exploratório, gerativo e avaliativo, e a reestruturação de serviços existentes é desafio em design de serviços muito maior do que o desenvolvimento de novos serviços inovadores” (MAGER, 2007). Sob esta ótica, a autora afirma que o design de serviços preserva a tradição da interface do design de produto, o que permite transferir seus consagrados métodos analíticos e criativos para o âmbito da prestação de serviços. Aqui, Mager destaca que, mesmo sendo um campo de estudo tradicionalmente orientado ao projeto de interfaces homem-máquina, surgiram possibilidades de desenvolvimento teórico-metodológico que influenciam a projeção de experiências – com a ressalva feita pela própria autora em que diz que a

experiência real não pode ser concebida, senão as condições para que se concretize. A abordagem “orientada para o uso” é um aspecto próprio do design de serviços, pois este toma a perspectiva do cliente como ponto de partida para inverter abordagens usuais. Desta forma, Mager aponta que o design de serviços atua no que é verdadeiramente inovativo e centrado no usuário, de forma flexível, assim como em processos e estruturas organizacionais e dinâmicas.

A compreensão dos elementos intrínsecos ao produto-serviço apresenta-se como um importante fator de contribuição para relacionar as redes interdisciplinares de competências a um lugar central no setor de serviços, especialmente porque estas se caracterizam como inerentes ao processo de projeção (MAGER, 2007). Mager afirma que, uma vez ainda existindo discussão da ordem da aplicação e conceituação do design de serviços – se se relaciona ou a aspectos virtuais e materiais do serviço; ou à coordenação das interfaces humano-humano e humano-máquina; ou à projeção de experiências, que lida com a funcionalidade e emotividade na integração de soluções inteligentes orientadas para o cliente –, este impasse tem mais condições de ser resolvido através de equipes interdisciplinares de design – pela inovação colaborativa, a ser abordada em outra seção deste trabalho.

No ponto de vista de Moritz (2005), o design de serviços propõe a integração dos clientes no processo de concepção de um serviço, de forma que eles são envolvidos na produção e na entrega desse produto intangível. Esta é uma lógica de co-criação, inerente ao conceito de serviços, e não se trata de uma nova disciplina específica do design. Para além disso, diz respeito a uma plataforma multidisciplinar habilitada a representar a perspectiva do cliente de forma interativa; um processo contínuo de integração de competências que conduzirá a uma composição específica de serviços.

O autor aponta que o design, por suas habilidades de projetar detalhes e interfaces com o humano, aproveita tais habilidades nas diferentes partes da oferta do serviço nos pontos de contato (*touchpoints*) da experiência dos clientes. Para isso, atua em estreita colaboração com especialistas de outras áreas como que integrando todos eles num novo campo, através de uma prática de abordagem direta às características do serviço (MORITZ, 2005).

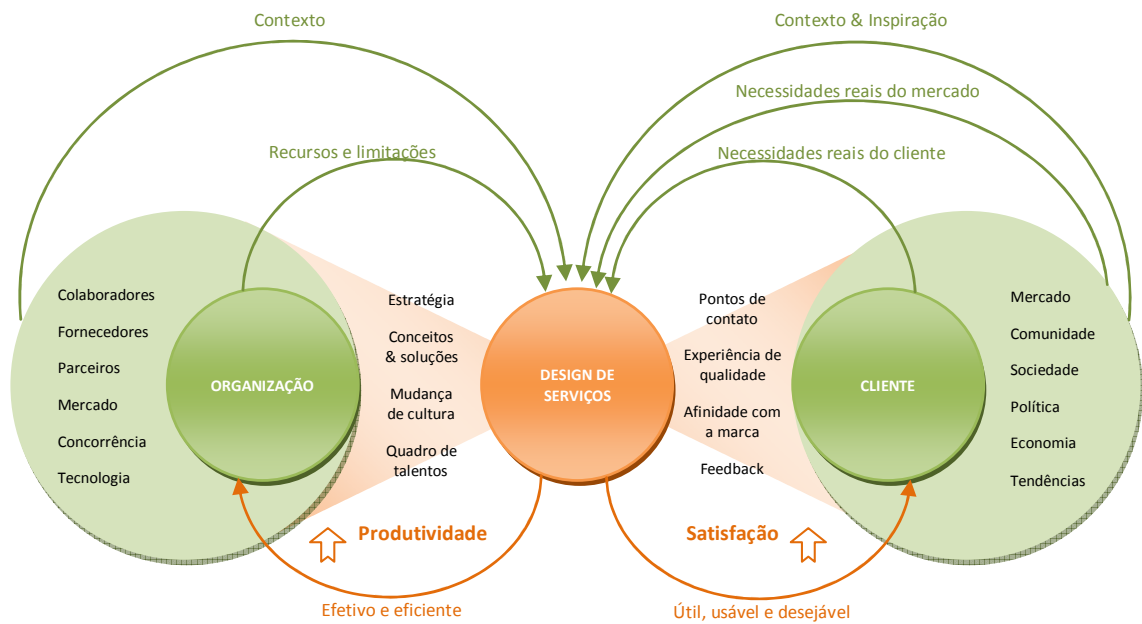


Figura 3 – Visão geral do modelo de Design de Serviços. Adaptado de Moritz, 2005.

O modelo apresentado por Moritz (2005) na Figura 3 descreve como o design de serviço opera tal qual um mediador entre organizações e clientes, pois proporciona serviços mais efetivos e eficientes nas organizações, e gera mais satisfação do cliente ao projetar serviços mais úteis, usáveis e desejáveis. O DS explora os recursos, as restrições e o contexto em que as organizações operam, ao mesmo tempo em que desenvolve inspirações baseadas nas necessidades dos clientes e do mercado. O design de serviços, na concepção do autor, investiga o ambiente dos clientes, o mercado, a política, a economia, a sociedade, a comunidade, as tendências (MORITZ, 2005).

Assim, o design – como modelo de conhecimento e geração de valor pela inovação – apresenta, a nosso ver, condições próprias complementares que permitem observar a apropriação de técnicas colaborativas para a inovação. Em nosso trabalho, aproximaremos estas habilidades do design de outras competências externas à organização hospitalar. O resultado após o trabalho de investigação representará novos serviços aos usuários com novas imagens, ou novas formas – se quisermos usar elementos pertinentes à disciplina do design –, que gostaríamos de chamar de novos valores.

2.2 INOVAÇÃO

Como fonte internacional de diretrizes para coleta e uso de dados sobre atividades inovadoras da indústria, o Manual de Oslo indica que a inovação parece desempenhar um papel central na economia baseada no conhecimento. Num nível macro – o ambiente externo às organizações –, há um substancial conjunto de evidências de que a inovação é o fator dominante no crescimento econômico nacional e nos padrões do comércio internacional. No micro ambiente – ou seja, dentro das firmas –, a Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) é vista como o fator de maior capacidade de absorção e utilização pela empresa de novos conhecimentos de todo o tipo, não apenas conhecimento tecnológico (FINEP, 2004).

Uma conscientização crescente acerca da importância da inovação contribuiu para que ela passasse a ser incluída na agenda política da maioria dos países desenvolvidos. O entendimento da inovação melhorou e o desenvolvimento das políticas ligadas à inovação avançou, de forma que no início entendia-se que o progresso tecnológico acontecia num processo linear principiando com a pesquisa científica básica e desdobrando-se de maneira direta por níveis mais aplicados de pesquisa, incorporando a ciência em aplicações tecnológicas e no marketing. O novo pensamento sobre inovação, segundo o documento de Oslo, fez surgir a importância dos sistemas e levou a uma abordagem mais integrada da formulação e implantação de políticas ligadas à inovação (FINEP, 2004).

2.2.1 A compreensão sobre a inovação

Para ser gerenciada, a inovação precisa ser compreendida. Segundo Tidd, Pavitt e Bessant (2008), um dos mais incômodos problemas na gestão da inovação é que ela é entendida de formas muito variadas. Em sentido mais amplo, a palavra vem do latim *innovare* que, segundo os autores, significa “fazer algo novo”. Para Tidd, Pavitt e Bessant, “inovação é um processo de fazer de uma oportunidade uma nova ideia e de colocá-la em uso da maneira mais ampla possível” (TIDD; PAVITT; BESSANT, 2008).

O Quadro 1 traz alguns conceitos de inovação de vários autores, apresentados por Tidd, Pavitt e Bessant (2008).

O que é inovação?

- “Inovação é a exploração de novas ideias” – Unidade de Inovação, Department of Trade and Industry, Reino Unido (2004).
- “A inovação industrial inclui técnica, design, fabricação, gerenciamento e atividades comerciais pertinentes ao marketing de um produto novo (ou incrementado) ou do primeiro uso comercial de um processo ou equipamento novo (ou incrementado)” – Chris Freeman (1982), *The Economist of Industrial Innovation*. 2ª Ed., Frances Pinter, London.
- “... A inovação não implica, necessariamente, apenas a comercialização de grandes avanços tecnológicos (inovação radical), mas também inclui a utilização de mudanças de *know-how* tecnológico em pequena escala (melhoria ou inovação por incremento)” – Roy Rothwell & Paul Gardiner (1985) ‘Invention, innovation, re-innovation and the role of the user’, *Technovation*, 3, 168.
- “A inovação é a ferramenta específica de empreendedores, por meio da qual exploram a mudança como uma oportunidade para diferentes negócios ou serviços. É passível de ser apresentada como uma disciplina, passível de ser aprendida, passível de ser praticada” – Peter Drucker (1985), *Innovation and Entrepreneurship*. Harper & Row, Nova York.
- “As empresas alcançam vantagem competitiva através de ações de inovação. Abordam a inovação em seu sentido mais amplo, incluindo tanto novas tecnologias quanto novas formas de fazer as coisas” – Michael Porter (1990), *The Competitive Advantage of Nations*. Macmillan, London.
- “Um negócio inovador é aquele que vive e respira *fora dos padrões*. Não se trata apenas de boas ideias, mas de uma combinação das mesmas com uma equipe motivada e uma compreensão intuitiva sobre o que seu cliente necessita” – Richard Branson (1998), DTI Innovation Lecture.

Quadro 1 – O que é inovação? Adaptado de TIDD; PAVITT; BESSANT, 2008.

2.2.2 Inovação no ambiente econômico

“A inovação está no cerne da mudança econômica” (FINEP, 2004) e Joseph Schumpeter (1950) demonstra essa afirmação dizendo que as inovações radicais provocam as maiores mudanças no mundo, ao passo que as inovações incrementais preenchem continuamente o processo de mudança. Ele propôs uma relação de tipos de inovação, desta forma: 1) introdução de um novo produto ou mudança qualitativa em produto existente; 2) inovação de processo que seja novidade para uma indústria; 3) abertura de um novo mercado; 4) desenvolvimento de novas fontes de suprimento de matéria-prima ou outros insumos; 5) mudanças na organização industrial. Para Schumpeter, as mudanças tecnológicas ocorrem porque as empresas estão em busca de lucros. Isso significa que uma nova tecnologia (produto, processo, recurso) deverá trazer alguma vantagem competitiva para o inovador. Por isso as empresas inovam (Schumpeter, 1950 apud FINEP, 2004).

O documento de Oslo também aponta a importância do posicionamento competitivo. Ou seja, as empresas também inovam ou para defender suas posições competitivas, ou em busca de uma vantagem competitiva. Uma empresa pode reagir a um concorrente de forma inovadora e, dessa forma, evitar perder participação de mercado. Assim como pode atuar de forma preventiva, buscando uma posição estratégica frente aos concorrentes ao desenvolver e impor algum fator sobre o qual tenha domínio (FINEP, 2004).

Para Tidd, Pavitt e Bessant (2008), o que muitas empresas de sucesso têm em comum – seja qual for o motivo pelo qual as empresas decidem inovar – é que tal sucesso deve-se, em grande parte, à inovação. De acordo com os autores,

Enquanto a vantagem competitiva pode advir de tamanho ou patrimônio, entre outros fatores, o cenário está gradativamente mudando em favor daquelas organizações que conseguem mobilizar conhecimento e avanços tecnológicos e conceber a criação de novidades em suas ofertas (produtos/serviços) e nas formas como criam e lançam essas ofertas (TIDD; PAVITT; BESSANT, 2008).

Tidd, Pavitt e Bessant citam o Escritório Britânico de Ciência e Tecnologia, para quem tal fator de mudança se trata do “motor da economia moderna, transformando ideias e conhecimento em produtos e serviços”. Estes autores afirmam que a inovação contribui de várias formas, havendo uma forte correlação entre o desempenho mercadológico e a inserção de novos produtos, pois produtos novos permitem capturar e reter novas fatias de mercado e aumentar a lucratividade nesses mercados. A capacidade de substituir produtos por modelos mais modernos ganha sempre mais importância para as organizações, uma vez que a disputa se estabelece também “contra o tempo”. Há uma pressão crescente não só para se introduzir novos produtos, mas também para fazê-lo mais rapidamente que os concorrentes (TIDD; PAVITT; BESSANT, 2008).

Inovação, segundo Tidd, Pavitt e Bessant (2008), é uma questão diretamente relacionada ao conhecimento, pois seu surgimento provém da habilidade de, primeiramente, se fazer relações entre os conhecimentos acumulados; mapear, a partir daí, oportunidades relacionadas a produtos/serviços, processos ou mercados; e, então, fazê-las funcionar técnica e comercialmente. Tal conhecimento “pode ser explícito em sua forma, codificado de modo que outros possam acessá-lo, discuti-lo, transferi-lo, etc. – ou pode existir de modo tácito: conhecido, mas sem formulação”.

Os mesmos autores ressaltam que falar em inovação também é falar em mudança, seja uma mudança referente às coisas (inovação de produto/serviço), à forma (inovação de

processo), ao contexto (inovação de posição) ou aos modelos mentais (inovação de paradigma) que orientam o que a empresa faz. Há, para Tidd, Pavitt e Bessant, alguma proximidade entre estas quatro categorias de inovação – chamadas pelos autores os “4 Ps” da inovação –, sendo que os serviços representam um caso particular, pois em algumas situações os aspectos de produto e processo podem se confundir. No que toca à inovação de produto/serviço – as coisas que uma empresa oferece aos usuários –, permanece aí a busca crescente no sentido de que novos serviços ou inovações em serviços já existentes alcancem desempenho superior e vantagem competitiva para a organização, assim como já referenciado para produtos – enquanto bens manufaturados, ou mercadorias (TIDD; PAVITT; BESSANT, 2008).

Para Terra (2007), o crescimento contínuo do P&D corporativo é um indicador chave da emergência da economia baseada no conhecimento. P&D é um dos principais investimentos que promovem o crescimento futuro para empresas. Segundo o autor, o produto de P&D é o conhecimento que se converte em novos produtos e serviços e que são adquiridos através de pesquisadores, ou seja, excedendo o restante da economia. Empresas no mundo desenvolvido e, mais recentemente, em países em desenvolvimento estão ampliando seus investimentos em P&D em níveis mais elevados que em todo o crescimento econômico (TERRA, 2007).

No entanto, não é somente do P&D corporativo que surgem inovações. Para o autor, elas são mais prováveis de se elevarem a partir da colaboração (interna e externa) do que a partir de trabalho individual. Terra (2007) afirma que está cada vez mais comum vermos a inovação ser desenvolvida por um número de instituições diferentes que combinam suas habilidades. O autor elenca algumas razões para essa tendência, entre as quais destacamos:

- a) o processo de inovação tem exigido cada vez mais uma combinação de diferentes habilidades, tecnologias e disciplinas;
- b) a complexidade crescente e a incerteza da inovação levam ao compartilhamento de risco entre diferentes apostadores;
- c) a redução dramática dos ciclos de vida de produto e a importância elevada de novos produtos como uma porcentagem da renda total;
- d) o *offshoring*³ e a terceirização do P&D é agora uma opção atrativa com vantagens em custos de trabalho;

³ Este termo empregado pelo autor significa um modelo de realocação de processos de negócio de um país para outro e inclui qualquer processo de negócio como produção, manufatura e serviços. Em outras palavras, diz

- e) o surgimento das organizações para contratação totalmente dedicadas ao desenvolvimento de novas ideias e invenções de novos produtos (trabalhos paralelos sob encomenda);
- f) informações e conhecimento estão se difundindo de modo globalizado e muito mais rápido, ao passo que indivíduos e organizações possuem amplo acesso online a jornais e bases de dados patenteadas (TERRA, 2007).

É neste mesmo sentido que Rothwell (1992, apud TIDD; PAVITT; BESSANT, 2008) propôs, num estudo sobre modelos de inovação, o “deslocamento gradual do pensamento e organização de um processo linear movido pelo estímulo científico-tecnológico ou pela exigência da demanda, para outro que previa crescente interatividade – primeiramente dentro da empresa com equipes funcionais integradas e outras atividades limítrofes, e então cada vez mais para fora da empresa em seus contatos com outras firmas”. Muitos exemplos são trazidos por Tidd, Pavitt e Bessant para ilustrar sobremaneira este processo inovativo. No século XX a GE saiu de atividades manufatureiras de hélices e turbinas, terceirizando essas áreas de competência. Consecutivamente, num movimento evolutivo, tornou-se uma prestadora de serviços capaz de oferecer serviços essenciais a empresas de aviação (TIDD; PAVITT; BESSANT, 2008).

Outros exemplos citados por estes autores são a Nike, que desenvolveu sua competência no design e no marketing, mas não fabrica seus produtos; a Dell, que construiu seu negócio na configuração de computadores para necessidades individuais, usando amplamente a terceirização e o gerenciamento de redes complementares; e também IBM, Cisco e Intel, casos de movimentos em direção à Inovação Aberta, onde vínculos e conexões se tornam tão importantes quando a própria produção e propriedade de conhecimento.

2.2.3 *Open Innovation* - A mudança de contexto da inovação

Para Chesbrough (2010⁴), é útil separar a invenção da venda no mercado: “Você pode ser inventivo sem ser inovador” (informação verbal). Para que a inovação ocorra, segundo o

respeito à decisão de uma empresa em produzir em outros países, por motivos tributários e/ou outros, o que antes era produzido no próprio país, com intuito de tornar-se mais competitiva.

⁴ Informação coletada durante o Open Innovation Seminar 2010, realizado em São Paulo durante os dias 1, 2 e 3 de dezembro de 2010. A programação, os temas e casos apresentados, bem como os palestrantes e painelistas participantes do III Open Innovation Seminar e do IV Open Innovation Seminar – este realizado entre os dias 23 e 25 de novembro de 2011 – poderão ser consultados através do sítio www.openinnovationseminar.com.br.

autor, precisa haver uma atuação no mercado. Um exemplo clássico de organização que inventa, mas não vende, é a universidade. Nela, pode-se inventar sem inovar. Por outro lado, a invenção – objeto da inovação – não precisa ser vista como um valor interno das organizações. Neste sentido, o autor afirma que se pode ser inovador com as invenções dos outros e uma forma de ver a Inovação Aberta é separar a pesquisa do desenvolvimento. A pesquisa pode vir de uma organização diferente.

O conceito de inovação aberta foi introduzido por Henry Chesbrough em 2003. Segundo Fredberg, Elmquist e Ollila (2008), Chesbrough apresenta como as empresas no século 20 investiram pesadamente em P&D interno e contrataram os melhores profissionais – o que permitiu desenvolver as ideias mais inovadoras e protegê-las com as estratégias de Propriedade Industrial (PI). O lucro gerado foi utilizado para reinvestir em P&D – o que Chesbrough denominou um “círculo virtuoso” de inovação (FREDBERG; ELMQUIST; OLLILA, 2008).

2.2.3.1 O modelo convencional de inovação – um sistema fechado

É importante considerar o modelo convencional de inovação, para o qual Chesbrough dá o nome de modelo de inovação fechada. No modelo de inovação tradicional, as pessoas lançam as ideias no início do funil e há um direcionamento para o desenvolvimento e para o mercado. Parte é pesquisa, parte é desenvolvimento. É um modelo fechado, segundo o autor, pois as ideias vêm e ficam na organização. Mais do que um modelo fechado, trata-se de um “sistema” de inovação fechado (Figura 4). Seu grande expoente foi Vannevar Bush, um proeminente criador de políticas de incentivo e um intelectual público, para quem um “círculo virtuoso” liderado pela indústria e a investigação orientada pela descoberta levariam à expansão da fronteira do conhecimento. Para Bush, na obra *The Endless Frontier* (1945), empresas supostamente seriam capazes de encontrar uma maneira de lucrar com seus investimentos em pesquisa.

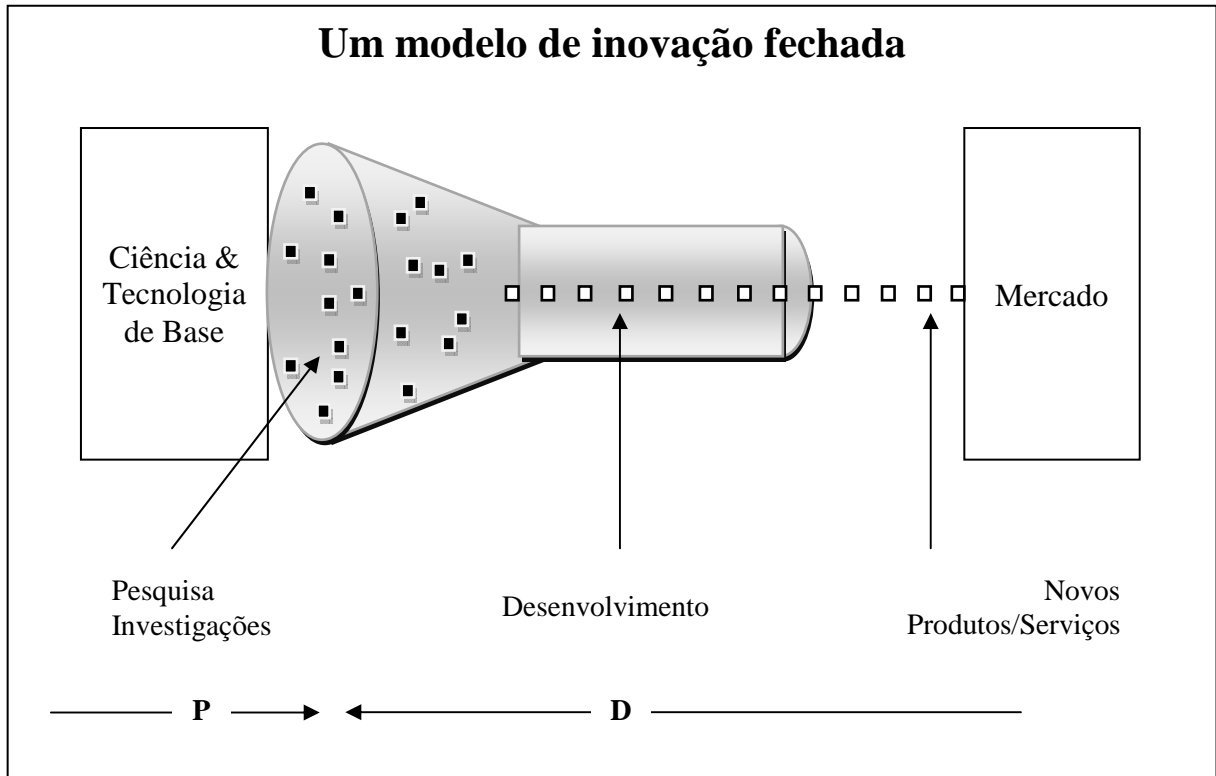


Figura 4 – Um sistema fechado de inovação. Adaptado de Chesbrough, 2010⁵.

Segundo o autor, a lógica por trás desse modelo era desenvolver novos produtos e alimentar o mercado, de forma a gerar mais venda e lucros, que iriam possibilitar mais investimentos em P&D, levando a avanços fundamentais em tecnologia. Estes avanços, por sua vez, possibilitariam desenvolver novos produtos, concluindo o círculo. Na inovação fechada, uma empresa gera, desenvolve e comercializa suas próprias ideias. Esta filosofia de autoconfiança dominava as operações de P&D de muitas das principais corporações industriais no século XX e várias empresas foram muito bem sucedidas (CHESBROUGH, 2003a). Exemplos podem ser encontrados na indústria química, nos Estados Unidos e na Alemanha, como também especialmente na GE a partir de Thomas Edison (CHESBROUGH, 2010⁶).

No entanto, alerta Chesbrough (2010⁷), trata-se de um modelo limitado, pois há uma lógica intrínseca cujas premissas têm de ser verdadeiras para que funcione bem. Se uma premissa não for verdadeira, a pesquisa não vai ao mercado. A primeira premissa, segundo o autor, diz que as descobertas levam a um novo mercado. Inventores criam e precisam descobrir onde está o mercado. A segunda premissa fala que quem descobre primeiro terá a

⁵ Informação fornecida por Henry W. Chesbrough, em material impresso, no Open Innovation Seminar 2010, realizado em São Paulo durante os dias 1, 2 e 3 de dezembro de 2010.

⁶ Id.

⁷ Ibid.

propriedade da descoberta. Ou seja, incentiva uma competição independente das empresas pela inovação. Em terceiro lugar, há uma premissa que diz que as tecnologias mais importantes podem ser antecipadas. Faz-se a descobertas hoje, para se ganhar mercado mais tarde. A internet nasceu das Forças Armadas Americanas e de uma empresa Suíça, numa pesquisa da “defesa”, a partir da necessidade de uma rede que resistisse às quedas do transmissor. Chesbrough observa que, em algumas situações, as tecnologias importantes vêm de lugares inesperados. A última das quatro premissas exige que as melhores pessoas trabalhem para a empresa. Se todas essas quatro premissas forem verdadeiras, o modelo fechado trabalha favoravelmente. Se alguma ou várias delas forem falhas, o modelo também será falho (CHESBROUGH, 2010⁸).

No final do século 20, no entanto, cinco fatores principais provocaram uma mudança no cenário:

- 1) Alta crescente da mobilidade dos “trabalhadores do conhecimento”. Para Chesbrough, o conhecimento também muda de lugar;
- 2) Universidades mais capacitadas: havia um distanciamento grande entre elas e as indústrias. Hoje as empresas financiam mais pesquisas das universidades. Logo, a academia quer desenvolver conhecimento para as indústrias;
- 3) Diminuição da hegemonia americana em Ciência e Tecnologia (C&T): em muitos setores, a tecnologia de ponta não está nos EUA;
- 4) Erosão da posição de oligopólio no mercado;
- 5) Enorme crescimento do capital de risco: ele financia os projetos entre a pesquisa e o desenvolvimento (CHESBROUGH, 2003a).

Esses fatores indicam que há uma quebra no círculo virtuoso, pois se as empresas que desenvolveram a pesquisa forem vendidas ou receberem uma oferta pública de participação acionária, não se beneficiam com a pesquisa.

2.2.3.2 O paradigma da inovação aberta

A proposta deste novo paradigma trazido por Chesbrough é fazer dele um modelo aberto, não fechado. Mantém-se a base tecnológica interna, como antes, mas acrescenta-se uma base externa. Poderão ser muitas fontes externas, não somente no início do projeto, mas

⁸ Op. cit.

em vários momentos. Uma parte das empresas sai do funil para iniciar outros negócios. Ou seja, é um modelo de fora para dentro, mas também de dentro para fora. A Figura 5 demonstra graficamente o modelo de inovação aberta.

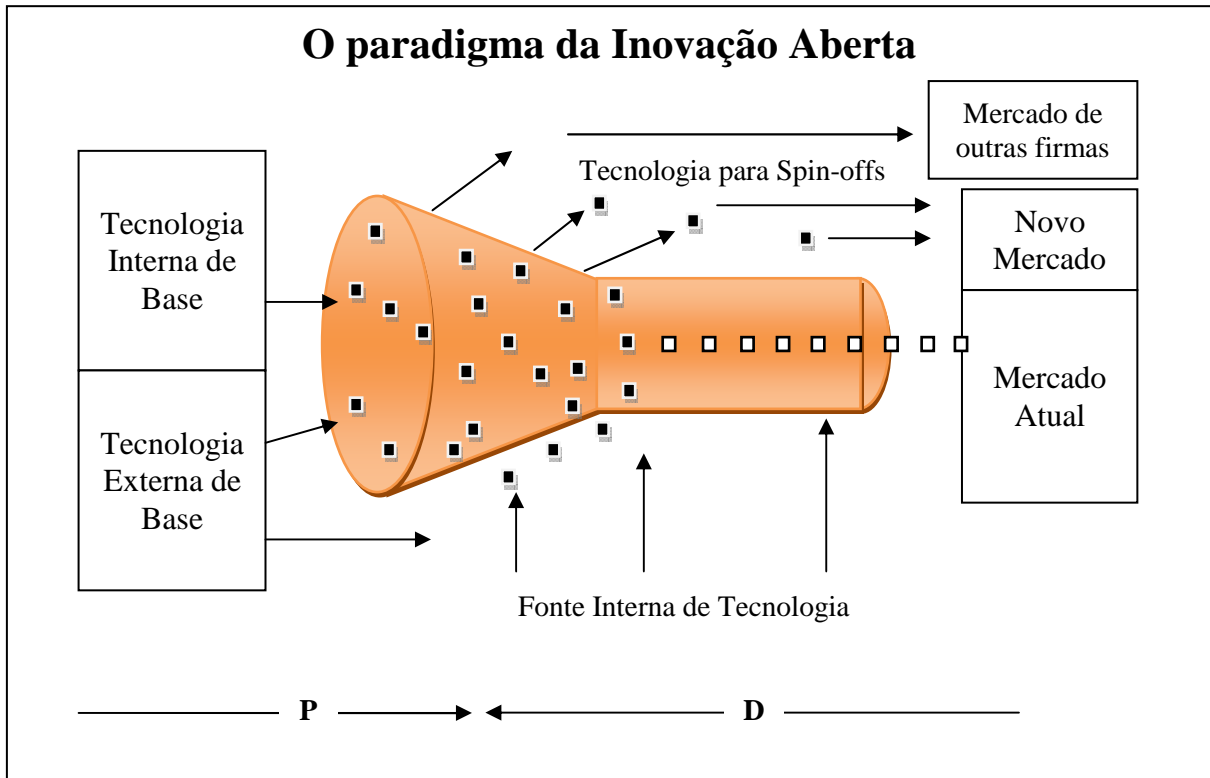


Figura 5 – O paradigma da Inovação Aberta. Adaptado de Chesbrough, 2010⁹.

No modelo de inovação aberta, uma empresa comercializa tanto as suas ideias próprias como as inovações de outras empresas e procura maneiras de trazer suas idéias de casa para o mercado, implantando caminhos fora do seu negócio atual. Note-se que o limite entre a empresa e seu ambiente circundante é poroso, permitindo às inovações moverem-se mais facilmente entre os dois (CHESBROUGH, 2003a; 2003b; 2006).

Segundo Fredberg, Elmquist e Ollila (2008), citando Chesbrough (2003a; 2003b), a lógica da *open innovation* está baseada nos seguintes princípios:

- a) boas ideias são amplamente distribuídas nos dias de hoje. Ninguém mais tem o monopólio de uso do conhecimento;
- b) processos de inovação têm de ter uma atuação de fora para dentro e de dentro para fora;
- c) a inovação aberta também dá conta da necessidade de cuidar da Propriedade Intelectual. É preciso ter acesso à PI externa para alimentar o próprio modelo de

⁹ Op. cit.

negócio. Da mesma forma, é preciso lucrar com a própria PI no modelo de negócios dos outros;

- d) nem todas as pessoas inteligentes trabalham em nossos projetos e em nossas empresas. Sendo assim, torna-se fundamental identificar, conectar-se, colaborar com as outras pessoas inteligentes do mundo. É preciso formar equipes – redes – com outros talentos inteligentes do mundo (FREDBERG; ELMQUIST; OLLILA, 2008).

Assim, o Quadro 2 apresenta um contraste resumido dos princípios norteadores dos modelos de inovação fechada e aberta, na visão de Chesbrough.

Princípios contrastantes de inovação fechada e aberta	
Princípios da Inovação Fechada	Princípios da Inovação Aberta
Pessoas inteligentes em nosso campo trabalhando para nós.	Nem todas as pessoas talentosas trabalham para nós, então temos de encontrar e explorar os conhecimentos e competências dos indivíduos brilhantes fora de nossa empresa.
Para lucrar com P&D, devemos descobrir, desenvolver e conduzi-los por nós mesmos.	P&D externo pode criar valor significativo; P&D interno é necessário para reivindicar uma parte desse valor.
Se descobrirmos por nós mesmos, iremos chegar primeiro ao mercado.	Não temos de originar a investigação a fim de lucrar com isso.
Se formos os primeiros a comercializar uma inovação, vamos vencer.	Construir um melhor modelo de negócio é melhor do que chegar primeiro ao mercado.
Se criarmos mais e melhores ideias para o setor, vamos vencer.	Se fizermos o melhor uso das ideias internas e externas, iremos vencer.
Devemos controlar nossa PI para que os nossos concorrentes não lucrem com nossas ideias.	Devemos lucrar com o uso da nossa PI pelos outros, e devemos comprar a PI de outros sempre que avançar em nosso próprio modelo de negócio.

Quadro 2 – Princípios contrastantes de inovação fechada e aberta. Adaptado de Chesbrough, 2003a.

A inovação aberta é descrita "tanto como um conjunto de práticas para lucrar com a inovação e também um modelo cognitivo para a criação, interpretação e pesquisa dessas práticas" (FREDBERG; ELMQUIST; OLLILA, 2008). Fredberg, Elmquist e Ollila atestam que a inovação aberta responde a duas anomalias em pesquisas anteriores sobre a inovação. A inovação aberta trata suas repercussões como consequências explícitas do modelo de negócio (em vez de algo a ser evitado) e os direitos de PI como uma nova classe de ativos (e não como um instrumento de proteção). Nos dois casos, há possibilidades de se trazer receitas adicionais para o modelo de negócio atual (FREDBERG; ELMQUIST; OLLILA, 2008).

Chesbrough (2006) define o paradigma da inovação aberta como a antítese do modelo tradicional de integração vertical, onde atividades internas de P&D levam a produtos desenvolvidos internamente que lhes são distribuídos pela empresa. Expressando sua definição numa sentença, o autor diz que “a inovação aberta é o uso proposital dos ingressos e saídas de conhecimento para acelerar a inovação interna e expandir os mercados para o uso externo das inovações, respectivamente” (CHESBROUGH, 2006). *Open innovation* é um paradigma que pressupõe que as empresas podem e devem usar ideias externas assim como ideias internas, e caminhos internos e externos para o mercado, focando no avanço de sua tecnologia.

O autor argumenta que o processo de inovação aberta combina ideias internas e externas em arquiteturas e sistemas. Esse processo utiliza modelos de negócio para definir os requisitos para essas arquiteturas e sistemas. O modelo de negócio utiliza ideias internas e externas para criar valor, enquanto define mecanismos internos para reivindicar alguma parcela desse valor. Inovação Aberta pressupõe que as idéias internas também podem ser levadas ao mercado por meio de canais externos, fora dos negócios atuais da empresa, para gerar valor agregado. Para Chesbrough, o paradigma da inovação aberta trata a pesquisa e o desenvolvimento como um sistema aberto, sugerindo que as ideias valiosas podem vir de dentro ou de fora da empresa, e podem ir para o mercado igualmente a partir de dentro ou de fora da empresa. Esta abordagem, segundo o autor, coloca ideias externas e caminhos externos para o mercado no mesmo nível de importância que era reservado para as ideias e caminhos internos para o mercado na época anterior (CHESBROUGH, 2006).

2.2.4 Inovação pelo design e Inovação colaborativa

Poderemos ver, a partir daqui, uma grande aproximação entre os temas *Open Innovation*, Serviços e Design Estratégico, de forma a encaminhar nossa investigação de maneira coerente. Na fluência dos olhares dos autores apresentados aqui, o design irá tomar um espaço que consideramos importante para entender as necessidades que as organizações têm de inovar. Isso diz respeito também aos serviços intrínsecos ao ambiente hospitalar, berço de nossa investigação.

Na visão de Utterback et al. (2006), a vantagem competitiva pode ser adquirida mediante o reexame dos produtos tradicionais com um novo olhar e uma nova abordagem, utilizando técnicas de design. A inovação orientada pelo design – *Design-inspired innovation* – exige um processo criativo diferenciado, sejam os produtos ferramentas profissionais,

equipamentos para produção, bens de consumo ou serviços. Cada vez mais, produtos são bem sucedidos porque associam software e serviços que aumentam seu valor, de forma que ao final da experiência o usuário tem boas recordações do sistema completo, e não somente de algum aspecto funcional do design.

Os autores enfatizam que a inovação orientada pelo design cria produtos que trazem significados, de forma que mesmo uma excelente funcionalidade já não garante o sucesso de um novo produto (UTTERBACK et al., 2006). Apesar do fato de as pessoas estarem “fanáticas pela aparência”, como afirma Jang et al. (2009), cresce sobremaneira o número de pessoas que aspiram simplesmente por produtos e serviços básicos (UTTERBACK et al., 2006). Dessa forma, os autores defendem que o design, em especial a sua integração com outras funções de uma empresa e com sua estratégia, tem recebido menos ênfase em pesquisas do que é merecido pela sua importância para o sucesso em um ambiente competitivo.

De acordo com Dell’Era e Verganti (2006), clientes estão dando cada vez mais atenção ao design dos produtos, seja no que se refere a seus significados estéticos, simbólicos ou emocionais. Nesse sentido, os autores argumentam que designers podem ajudar as empresas a explorar as necessidades dos clientes pelos sinais adequados que darão significado aos produtos, ao passo que a gestão da colaboração com designers é um ponto de relevância a ser dominado por empresas com foco no design. O design está sendo visto cada vez mais como um ativo estratégico, de forma que esta atenção crescente induz acadêmicos e executivos a investigar e compreender as relações entre design e o desempenho das empresas (DELL’ERA; VERGANTI, 2006).

Embora concordem que a contribuição dos recursos criativos no desenvolvimento de inovação orientada pelo design ainda seja pouco explorada, Dell’Era e Verganti defendem que empresas devem aplicar uma estratégia de inovação colaborativa, de forma a desenvolver e gerenciar um portfólio de colaboradores internos e externos de maneira equilibrada. Utterback et al. também abordam os padrões abertos e a inovação a partir de fontes abertas quando tratam da gestão do processo de design e citam Von Hippel (2005, apud UTTERBACK et al., 2006), para quem o *locus* da inovação pode estar se deslocando em direção a comunidades de usuários. Para ele, as comunidades de inovação podem aumentar a rapidez e a eficácia com que os usuários e também os fabricantes podem desenvolver, testar e difundir suas inovações. Elas também podem aumentar muito a facilidade com que os inovadores poderão construir sistemas de grande porte a partir de módulos interconectáveis criados pelos participantes da comunidade.

Um estudo de Verganti (2006) com empresas fabricantes de artigos para o lar, na Lombardia, identificou que, em sua maioria, seus trabalhos de P&D não residem dentro dessas empresas e nem mesmo nas interações entre elas. A operação de P&D dessas firmas compreende uma comunidade flutuante de arquitetos, fornecedores, fotógrafos, críticos, curadores, editores e artesãos, entre tantas outras categorias de profissionais, assim como artistas e designers. Os membros da comunidade exploram exaustivamente a função, a identidade e o significado do novo produto antes dele ganhar forma.

Para o autor, trata-se de um processo sociológico equivalente à pesquisa por referências no mercado, de maneira que a maioria dos produtos que dele resultam representa uma ruptura dramática dos seus produtos predecessores. Esta é uma diferença fundamental, para Verganti, se comparado com os produtos nascidos de um P&D terceirizado para um estúdio de design, que explora as necessidades dos consumidores perguntando diretamente a eles o que eles querem e observando seu comportamento. O autor garante que produtos radicalmente inovadores – como os gerados em comunidades deste tipo – tendem a ser mais comercializáveis que outros e tendem a se beneficiar de margens especialmente altas pela diferença que trazem em relação aos concorrentes (VERGANTI, 2006).

Nesta linha, a inovação ao “estilo Milão” combina os aspectos do local e do global como uma de suas principais características, conforme aponta Verganti (2006). O autor diz que, enquanto a proximidade física é indispensável para estabelecer um relacionamento estreito entre as pessoas em diferentes empresas e disciplinas, essas comunidades são incluídas no discurso do design precisamente pelo fato de manterem uma distância saudável para concorrentes culturais e sociais. Ainda assim, beneficiam-se de uma mescla de estrangeiros que são atraídos a participarem da riqueza da interação da comunidade local (VERGANTI, 2006).

As redes colaborativas têm recebido grande atenção do mercado e das universidades e, conforme atesta Utterback et al. (2006), enquanto grandes empresas se beneficiam de grandes recursos em tecnologia e ciência, em busca de desenvolvimento de novos produtos, esses recursos parecem estar cada vez mais disponíveis e abertos a todos. Os autores também afirmam que o processo de inovação tem se firmado através de redes, envolvendo um número maior de atores, incluindo usuários, empresas de design e fornecedores. A propagação de responsabilidades para além das fronteiras das empresas é auxiliada e estimulada por padrões abertos e usos crescentes de processos de inovação de fontes abertas. Além dos serviços de design industrial historicamente oferecidos, muitas empresas de design são prestadoras de serviços pronta-entrega para novos produtos e mesmo para linhas completas de produtos,

além de fornecerem componentes e conceitos de marketing para os fabricantes (UTTERBACK et al., 2006).

Na visão de Hagel e Brown (2006), a criação de redes de colaboração representa uma forma particularmente potente de inovação aberta, concebida para aproveitar o potencial da atividade de inovação distribuída entre centenas ou milhares de participantes. A criação de redes implementa um conjunto de mecanismos institucionais que visam mobilizar entidades independentes em busca de inovação compartilhada, colaborativa e cumulativa. Para estes autores, esses mecanismos institucionais são essenciais para compreender como a criação de redes coordena os esforços de inovação e como essa criação de redes irá re-moldar o papel da estrutura da empresa. Essas redes, segundo os autores, são organizadas por um profissional, uma equipe ou uma empresa-núcleo, que carrega responsabilidades de governança sobre as atividades da rede. Tais empresas-núcleo são como orquestradores das redes de colaboração, que podem desempenhar um papel menos ativo no que tange ao recrutamento de talentos e na gestão de iniciativas de criação (HAGEL & BROWN, 2006).

Nesta mesma linha, Dhanaraj e Parkhe (2006) abordam uma lacuna importante na literatura que diz respeito a como as empresas-núcleo orquestram redes de inovação, com o intuito de criar e extrair valor dessas relações. Para os autores, uma rede de inovação precisa que seu orquestrador lute por um maior nível de mobilidade do conhecimento, de forma a alcançar um melhor resultado para a rede. Da mesma forma, o resultado da associação será tanto maior quando maior for o nível de apropriabilidade da inovação. Isso implica na intimidação do movimento de levar para fora da rede o potencial de comercialização de novas ideias de forma injusta, e dá ao orquestrador da rede um papel crucial na liderança do processo (DHANARAJ & PARKHE, 2006).

Para Shah (2005, apud UTTERBACK et al., 2006), o desenvolvimento de software livre talvez seja o exemplo mais proeminente do modelo baseado na comunidade. Embora muitas vezes visto como uma anomalia única de produção de software, o modelo baseado na comunidade se estende bem além do domínio do software. Um estudo de Chen, Tsou e Ching (2011) que explorou a influência da co-produção no *business-to-business*¹⁰ (B2B) no setor da tecnologia da informação indicou que 1) graus mais elevados de correspondência com o parceiro, a especialização do parceiro e seu comprometimento afetivo contribuem significativamente para aumentar a eficácia das práticas de co-produção, 2) co-produção com

¹⁰ “Business-to-Business” é uma expressão largamente utilizada para designar as relações comerciais entre atores qualificados como organizações jurídicas, excluindo-se caracteristicamente as relações comerciais com consumidores pessoas físicas.

os clientes tem um forte impacto na inovação de serviços, e **3)** compromissos com a orientação para a inovação, em particular na filosofia de aprendizagem, direção estratégica e aclimatação trans-funcionais aumentam significativamente os efeitos da co-produção na inovação de serviços (CHEN; TSOU; CHING, 2011). Os resultados do estudo de Chen, Tsou e Ching têm diversas implicações gerenciais, segundo os próprios autores, especialmente no que toca à preocupação das empresas em desenvolver e sustentar serviços inovadores.

2.2.5 Inovação em serviços

Chen, Tsou e Ching (2011) dizem que as empresas devem escolher os parceiros de co-produção que são compatíveis e podem contribuir para o avanço do relacionamento, de forma que os investimentos na construção da orientação para a inovação deverão reforçar os esforços de co-produção para a inovação dos serviços. Para tais autores, os três elementos de orientação para a inovação demonstrados no estudo (parceria, especialização e comprometimento) são poderosas variáveis explicativas que representam importantes diferenças nas práticas de serviços de inovação em empresas. Os resultados são consistentes com a ênfase da Visão Baseada em Recursos (RBV¹¹) na co-produção através da colaboração (ou seja, recursos de conhecimento) e combinação dos recursos e capacidades. Os achados do trabalho de Chen, Tsou e Ching exemplificam as empresas que são obrigadas a inovar para sobreviver em mercados altamente competitivos, mas podem ser estendidos a outros setores de serviços que são caracteristicamente semelhantes (CHEN; TSOU; CHING, 2011).

Os autores aderem que uma perspectiva de orientação para a inovação em uma organização pode incentivar a inovação aberta em todas as áreas da empresa, proporcionando mais possibilidades de criar inovação de serviços. Chen, Tsou e Ching afirmam que a orientação para a inovação pode contribuir fazendo com que as empresas se esforcem para identificar, gerenciar e desenvolver condições organizacionais e de competências necessárias para cumprir os objetivos de inovação em serviços (CHEN; TSOU; CHING, 2011).

Os estudos sobre inovação em serviços são um tanto recentes. Frederick (2010) aponta que no final da década de 1980 e ainda por toda a década de 1990 houve um intenso debate sobre a natureza da inovação em serviços, bem como sobre até que ponto é possível planejar e gerir a inovação em serviços. Declarações como “novos serviços acontecem por intuição, instinto, e sorte”, de Langeard, Reffait e Eiglier (1986, apud FREDERICK, 2010), e “novos

¹¹ RBV é a abreviatura da expressão original *Resource-based view* (BARNEY, 1991), utilizada também na literatura de língua portuguesa.

serviços frequentemente surgem como resultado da intuição, imaginação e inspiração pessoal, disponibilidade de capacidade ou ação competitiva. Raramente são ideias de produto submetidas a atencioso e completo escrutínio”, de Scheuing e Edvardsson (1989, apud FREDERICK, 2010), aliadas à tendência de aumento de participação dos serviços nas economias, instigaram pesquisadores a se aprofundarem no assunto da inovação em serviços.

Já no início do século XXI Byrne (2005, apud MORITZ, 2005) reclamava da intensidade de foco na inovação de produtos ao longo dos anos, com muito pouca discussão ou reflexão sobre a inovação no setor de serviços, numa clara distinção entre bens físicos e produtos intangíveis. Sundbo e Gallouj (1998) dizem que não havia evidências de que o conceito de inovação pudesse ser aplicado aos serviços pelo fato de ter sido desenvolvido a partir de estudos do setor manufatureiro. Estes autores, no entanto, confirmam em seu trabalho algumas conclusões apontadas na literatura de que as empresas de serviço inovam e que o conceito de inovação pode ser aplicado aos serviços. Para isso, há aspectos específicos (SUNDBO e GALLOUJ, 1998).

Os autores dizem que a inovação tem de ser um fenômeno cuja mudança deve ser reproduzida, por exemplo, quando uma solução de um problema do cliente é reutilizada para resolver problemas de outros clientes, ou quando uma mudança nos procedimentos é introduzida de forma mais geral na empresa, e não apenas por uma ocasião. Para Sundbo e Gallouj, opera-se com o conceito de desenvolvimento ou projeto de serviços, que caracteriza o processo de concepção de novas soluções para os problemas dos clientes e que implica, por sua vez, na produção de novos serviços e procedimentos de entrega. Os autores afirmam que as soluções e os novos procedimentos precisam ser repetidos para serem incluídos na definição de inovações em serviços.

No que se refere a uma tipologia da inovação em serviços, Sundbo e Gallouj (1998) dizem que é possível classificá-las em quatro tipos: de produto, de processo, organizacional e de mercado. Como inovações organizacionais os autores entendem novas formas gerais de organização ou de gestão, tais como a introdução do Gerenciamento da Qualidade Total, grupos de autogoverno, etc. Inovações de processo são, para os autores, renovações dos procedimentos normativos para produzir e fornecer o serviço. A inovação de processo, por sua vez, é dividida pelos autores em duas categorias: as inovações nos processos de produção – “*back office*” – ou em processos de entrega – “*front office*”. Inovações de mercado referem-se a um novo comportamento no mercado, como descobrir um novo segmento e entrar num outro setor (SUNDBO e GALLOUJ, 1998).

Os autores acrescentam outro tipo de inovação, que chamam inovação *ad hoc*, e acreditam que desempenha um grande papel em especial nos serviços intensivos em conhecimento. Inovação *ad hoc* é definida, por estes autores, como “a construção (social) interativa de uma solução (estratégica, organizacional, social, jurídica, etc.) para um problema específico colocado por um cliente”. Esse tipo de inovação, dizem Sundbo e Gallouj, é co-produzida por cliente e prestador de serviços. Não é reproduzível, como tal, mas de forma indireta através da codificação, da formalização de parte da experiência e da competência (SUNDBO e GALLOUJ, 1998).

Dessa forma, os autores reconhecem na classificação schumpeteriana¹² de inovação a base para sua tipologia da inovação em serviços, sugerindo alguns ajustes da ordem da adição de alguns tipos ou subtipos, bem como dar algum sentido mais amplo para tipos já existentes, como o fato de que inovação em produtos e processos terá de levar em conta as inovações de produto imaterial (serviço) e de processos (métodos).

2.2.5.1 Características específicas da inovação em serviços

Chesbrough e Spohrer (2006) afirmam que há divergências no que tange à inovação em produtos tangíveis e intangíveis, sendo que há uma linha de estudo que não aponta grandes diferenças entre produtos e serviços e outra que afirma o contrário, sugerindo, no entanto, uma abordagem sintética para a inovação e procurando pontos em comum entre serviços e bens manufaturados (Chesbrough e Spohrer, 2006). Frederick (2010) diz que o grau de formalização e controle da inovação em serviços é o ponto de maior discussão acerca das diferenças entre o DNP e DNS. Segundo o autor, não está claro se projetos de novos serviços podem ser geridos da mesma forma que projetos de bens físicos, mas haveria um consenso em torno da ideia de que “a gestão de projetos de novos serviços envolve sutilezas organizacionais mais relevantes do que em projetos de inovação de bens físicos” (FREDERICK, 2010).

Inovações em serviços podem ser inovações tecnológicas, mas são mais frequentes em manufaturas não tecnológicas ou em inovações sociais, segundo Sundbo e Gallouj (1998).

¹² Joseph Schumpeter exerceu grande influência nos estudos sobre inovação. Para ele, a inovação conduz o desenvolvimento econômico por meio de um processo dinâmico denominado “destruição criadora”, em que novas tecnologias substituem as antigas. Inovações “radicais” provocam rupturas mais intensas, enquanto inovações “incrementais” dão continuidade ao processo de mudança. Schumpeter (1934) propôs uma lista de cinco tipos de inovação: 1) introdução de novos produtos; 2) introdução de novos métodos de produção; 3) abertura de novos mercados; 4) desenvolvimento de novas fontes provedoras de matérias-primas e outros insumos; 5) criação de novas estruturas de mercado em uma indústria (FINEP, 2004).

Para eles, “inovação em serviços não pode ser entendida a partir de uma visão muito estreita de determinada tecnologia”. Inovações em serviço podem ser a criação de novos conhecimentos ou informações sobre o serviço, ou de novas formas de lidar com as coisas ou pessoas – que, segundo os autores, são apenas novos tipos de comportamento por parte do pessoal que presta o serviço. Por serem, geralmente, pequenos ajustes de procedimentos, inovações de serviços são mais frequentemente incrementais do que radicais. O tempo de desenvolvimento de inovações nos serviços geralmente é relativamente curto, pois não há necessidade de investigação ou conjunto de conhecimentos científicos, além do que processos de inovação em serviços são normalmente muito práticos (SUNDBO e GALLOUJ, 1998).

Sundbo e Gallouj (1998) entendem que, uma vez que o serviço, na maioria dos casos, não pode ser armazenado, deve ser produzido no momento do consumo, significando que o procedimento não pode ser completamente separado do produto. Isso, segundo os autores, leva à conclusão de que é difícil alterar o produto sem alterar o procedimento. Assim, as inovações em serviços são geralmente amplas, no sentido de que implicam uma mudança de muitos elementos no processo de produção e no produto simultaneamente (SUNDBO e GALLOUJ, 1998). A visão destes autores é que a inovação em serviços deve ser orientada para o cliente, visto que a literatura sobre gestão de serviços e sobre marketing assume que os clientes e a solução de seus problemas são de extrema importância.

No entanto, eles também afirmam que as inovações em serviços podem ser desenvolvidas a partir de ideias de dentro da empresa prestadora de serviços, numa “orientação pelo impulso”. As ideias podem evoluir a partir da interação entre o prestador de serviço e os clientes, mas não são apresentados diretamente pelos clientes, nem respondem diretamente ao problema concreto de um único cliente. O grau em que as inovações são muito determinadas pelos clientes, dizem os autores, é diferente em diferentes setores ou segmentos do serviço. Serviços bancários – padronizados – terão menos envolvimento de clientes do que serviços de consultoria, que precisam ser muito mais individualizados para um único cliente, e menos padronizados. Neste exemplo dos autores, o serviço de consultoria será uma inovação se estiver ocorrendo dentro do cliente e representar um processo de interação entre o prestador e o cliente. As duas partes podem aprender com o processo de inovação e explorá-lo: a empresa cliente por ter resolvido alguns problemas, o prestador de serviços pode generalizar a solução e vendê-la para outros clientes (SUNDBO e GALLOUJ, 1998).

É interesse desta pesquisa inserir a inovação em serviços no âmbito hospitalar na lista de casos a serem estudados – a exemplo dos citados acima – e que apresentem contribuições ao conhecimento. A inovação em serviço – podemos antecipar pelas palavras de vários

autores supracitados – aponta relações de proximidade com novas formas e modelos de olhar o produto, tangível ou não. A inovação aberta, bem como a contribuição do design através de uma “cultura do design”, como definido por Zurlo (2010), parece poder auxiliar na geração de vantagem competitiva para os serviços. No entanto, antes de passarmos à investigação participativa, que irá extrair da experiência vivida de um projeto dados que poderão nos conduzir a resultados concretos, precisamos primeiramente apresentar a algumas noções claras do que é serviço.

2.3 SERVIÇOS

Em seu trabalho de revisão da literatura sobre o desenvolvimento de novos serviços, Johne e Storey (1998) indicam que nos anos de sua pesquisa uma parcela considerável do corpo de pesquisadores especializados vinha se concentrando no desenvolvimento e comercialização de serviços, apresentando uma distinção muito clara da categoria de produtos tangíveis. Estes autores também informam, no entanto, que dentre esse grupo há quem considere inútil essa diferenciação para o desenvolvimento de produtos tangíveis e intangíveis. Por exemplo, John Harvey-Jones, ex-presidente da ICI, maior fornecedora britânica de produtos químicos, salientou na pesquisa de Johne e Storey que os fornecedores de produtos de alta tecnologia precisam colocar grande esforço na prestação de serviço sob a forma de técnicas de informação e assistência para alguns clientes, pois eles são obrigados a investir para garantir que a qualidade do produto principal seja mantida. Harvey-Jones, segundo os autores, salienta que os fornecedores de produtos de alta tecnologia estão, portanto, desenvolvendo cada vez melhores serviços juntamente com produtos melhores.

Enquanto produtos tangíveis podem ser oferecidos com ou sem elementos do serviço ao cliente, esse apoio é sempre exigido para serviços de marketing. Johne e Storey afirmam que quase todos os serviços envolvem interação com os clientes. Interação é a característica distintiva da oferta de serviços. Em muitos setores de serviços os elementos interativos são a própria essência da oferta do serviço. Isto significa, para esses autores, que os fornecedores de serviços devem desenvolver não apenas a forma exata do produto serviço, mas também a natureza adequada de interação com os clientes. Como o processo de interação é normalmente uma parte integrante de um serviço, o desenvolvimento de um novo serviço geralmente é

muito mais complexo, conceitualmente, que o desenvolvimento de um novo produto tangível (JOHNE; STOREY, 1998).

Chesbrough e Spohrer (2006) ajudam-nos a entender a origem da terminologia “serviços” para a economia moderna. O uso da expressão surgiu na década de 1930 na classificação industrial padrão do Departamento de Comércio dos Estados Unidos. Naquela época, serviços foram identificados como uma categoria residual para as atividades que não encontravam espaço nas categorias Agricultura e Indústria. No atual cenário econômico, no entanto, os serviços são bem mais do que uma categoria significativa, a ponto de ser o setor de crescimento mais rápido da economia americana (CHESBROUGH; SPOHRER, 2006).

Segundo os mesmos autores, a definição para serviços aceita atualmente pelo governo dos EUA foi sugerida pelo então acadêmico Ted Hill e diz que "serviço é uma mudança na situação de uma pessoa, ou um bem pertencente a alguma entidade econômica, resultante da atividade de outra entidade econômica, com aprovação da primeira pessoa ou entidade econômica" (Chesbrough; Spohrer, 2006). O aspecto mais relevante deste conceito destaca a ênfase na troca entre duas ou mais partes e a transformação (potencialmente intangível) recebida por um cliente, ao passo que outras definições de serviço podem e devem ser consideradas (CHESBROUGH; SPOHRER, 2006).

Frente às dificuldades que o meio corporativo e o espaço acadêmico encontram ao buscar estabelecer definições claras acerca do serviço – pois, de fato, se trata de um processo difícil e complexo –, o que resulta numa semelhante dificuldade de se inovar em serviços; e uma vez que “serviços compõem cerca de 80% da atividade econômica”, Chesbrough e Spohrer (2006) argumentam que existem elementos comuns em muitos tipos diferentes de serviços que podem formar a base para o campo da ciência de serviços.

Esses elementos comuns em diferentes classes de serviços, segundo os autores, incluem:

- a) interação do fornecedor e do cliente;
- b) natureza dos conhecimentos gerados e trocados;
- c) simultaneidade de produção e consumo;
- d) combinação de conhecimento em sistemas úteis;
- e) troca de processos e pontos de experiência; e
- f) exploração das Tecnologias de Informação e Comunicação.

Os autores definem que a natureza da atividade de serviços é ampla e diversificada – governo, saúde, educação, finanças, transporte, comunicação, negócios e assim por diante.

Serviços de troca são qualitativamente diferentes tanto da época agrícola quanto da época industrial. Neste caso, é uma troca negociada entre um prestador e um adotante (ou seja, fornecedor e cliente) para o fornecimento (predominantemente) de ativos intangíveis. A ausência frequente de um artefato central na troca gera, segundo os autores, um corolário importante e interessante: cada uma das partes na troca precisa do conhecimento do outro na negociação da troca. Ao fornecedor falta o conhecimento contextual do negócio do cliente e como o cliente vai alavancar a oferta para competir mais eficazmente no mercado. De outro lado, o cliente não possui conhecimento de todas as capacidades tecnológicas do fornecedor, bem como a experiência do prestador de outras operações para avaliar o que funciona melhor (CHESBROUGH; SPOHRER, 2006).

O que Chesbrough e Spohrer (2006) trazem para reflexão é que quando os produtos eram o foco principal da troca, os artefatos ajudavam cada lado a se comunicar eficazmente com o outro. Como os produtos e suas funções se tornaram bem entendidos, os fornecedores não precisavam entender o negócio do cliente para ser um parceiro de troca. Da mesma forma, os clientes não precisavam conhecer as experiências e capacidades prévias de seus fornecedores, uma vez que estas foram refletidas nos produtos que os clientes podiam ver, tocar e experimentar diretamente. As normas técnicas facilitaram ainda mais as trocas e ajudaram os clientes a mudarem de fornecedor, se necessário, com pouco ou nenhum custo.

Os serviços de transação, de acordo com Chesbrough e Spohrer (2006), apresentam outro mecanismo de operação. A troca é co-gerada por ambas as partes e o processo de adoção ou de consumo é uma parte integrante da transação. Muito frequentemente o adotante é um co-produtor, intimamente envolvido na definição, formatação e integração do serviço. No entanto, a profundidade dessa relação pode variar consideravelmente entre os serviços da empresa. Nos serviços de consumo, segundo os autores, as interações são construídas em torno de experiências episódicas e marcas. Na empresa, as interações são construídas em torno de relacionamentos de longo prazo sobre a vida da empresa.

O raciocínio de Chesbrough e Spohrer leva à natureza do conhecimento envolvido em uma troca de serviços. Para os autores, ambos os conhecimentos codificado e tácito devem ser considerados, sendo que o primeiro refere-se àquele que é transmissível em contextos formais – como as especificações técnicas de um produto, que trazem “informação”. Contrariamente ao codificado, o conhecimento tácito é difícil de transferir entre pessoas, entre grupos e entre organizações. Ele remete a “saber mais do que se pode dizer” (HAINER, apud SCHÖN,

2000)¹³. Para Chesbrough e Spohrer, a natureza do conhecimento tácito dificulta o intercâmbio de serviços e limita a capacidade de cada parte de compreender plenamente as necessidades e capacidades dos outros.

Serviços de troca envolvem muitas combinações complexas tanto do conhecimento codificado quanto do conhecimento tácito. Para Chesbrough e Spohrer (2006), trata-se de um desafio criar soluções que combinem a abundância de informações e a necessidade de levar em consideração o conhecimento tácito. Eles citam McDonald's e Starbucks como representantes da replicação bem sucedida do processo do negócio com franquias. De outra forma, algumas franquias falham ao replicar devido, em parte, ao conhecimento tácito não codificado.

A formalização dos processos de negócio no âmbito da Arquitetura Orientada a Serviços é um tema em voga nos departamentos de ciência da computação nos dias atuais, conforme atestam os autores (2006). A Arquitetura Orientada a Serviços apóia as codificações dos processos de negócios codificáveis, tais como um pedido de crédito. Serviços de Rede¹⁴ e Arquitetura Orientada a Serviços estão prontos para transformar a colaboração B2B. No entanto, alertam os autores, antes que a transformação possa ocorrer, as normas devem evoluir para além do nível de transporte (links de comunicação em rede) e de carga (formato e conteúdo), até o nível de processos de negócios – as atividades obrigatórias e opcionais que compõem um processo de negócio, rico em conhecimento tácito (CHESBROUGH; SPOHRER, 2006).

2.3.1 Presença dos serviços no âmbito econômico

De acordo com Moritz, vivemos hoje diariamente rodeados de serviços, que atuam numa gama diversa de situações e momentos de nossas vidas, como através do hábito de ouvir as notícias pelo rádio, buscar informações sobre a previsão do tempo, utilizar o correio –

¹³ A partir de tal premissa, como explicar de que forma reconhecemos um rosto familiar no meio da multidão? Ou como descrever a experiência ou a sensação de liberdade de se pilotar uma motocicleta num dia ensolarado de primavera? Possivelmente, usaremos de expressões e qualidades inerentes ao evento – traços do rosto, formas, descrições físicas e dinâmicas –, que aprendemos através de impressões tácitas, mas seremos mais limitados em dar informações referentes às sensações ou emoções. E é bem mais provável que saibamos reconhecer desvios de alguma norma de forma mais clara do que a norma em si. Essa capacidade pode, de fato, estar associada à maneira como aprendemos novas habilidades. Um exemplo empregado por Schön refere-se a como um instrutor ensina seus alunos a terem a sensação de fazer correto. Assim que aprendem a reconhecer tal sensação – e gostem dela –, passam a poder distingui-la das demais sensações associadas a fazer errado, de forma que passam a ser capazes de detectar e corrigir seus próprios erros. Isso não significa que passem a poder descrever tal sensação e como a produzem, mesmo porque não precisam saber (SCHÖN, 2000).

¹⁴ “Serviços de Rede” provém do termo original *Web Services*.

físico ou pela internet –, emprestar livros, reservar o hotel. No entanto, não é uma situação recente. O autor indica que serviços estiveram presentes ao longo de séculos – os antigos gregos e romanos tinham serventes mesmo antes que os serviços passassem a ser prestados e pagos na forma como conhecemos atualmente (MORITZ, 2005).

Mesmo considerando que não se trata de uma situação inédita, Moritz afirma que houve mudanças marcantes na economia, especialmente nas últimas duas décadas. O mundo conheceu o fim do monopólio industrial onde, no final do século XIX, a máquina a vapor, as fábricas de grande porte, novos inventos e métodos empurraram uma massa de bens mais baratos ao mercado. A revolução industrial criou um universo de produtos melhores e mais baratos nos países desenvolvidos e mais pessoas passaram a consumir mais. Para o autor, assim como ocorreu na revolução industrial, a sociedade atual vive agora a experiência de uma revolução de serviços (MORITZ, 2005).

Essa revolução de serviços está amparada, segundo Moritz (2005), em quatro principais impulsionadores desse processo:

a) A economia voltada a serviços está crescendo

Segundo o autor, o Banco Mundial reconhece o forte crescimento e a grande importância mercadológica que a economia de serviços vem alcançando desde as últimas décadas. O setor de serviços é a parte dominante da economia de países mais desenvolvidos, sendo que Estados Unidos e Japão são os líderes mundiais em suas massivas economias de serviços. Países da Europa também têm demonstrado interesse pelos serviços e sua importância cresce naquela economia. Adicionalmente, para o autor, os serviços têm sido reconhecidos como o terceiro setor, ao lado da agricultura e da indústria.

Nos últimos anos, explica o autor, um quarto setor em torno de transformação de dados e informações em conhecimento também tem marcado forte presença na economia, apresentando-se como a moeda da nova economia que se encontra principalmente nos serviços. Empresas focadas exclusivamente em serviços estão surgindo em lugares surpreendentes. Empresas de bens estão desenvolvendo produtos para empresas de soluções, adicionando serviços para acompanhar os seus produtos. Moritz finaliza este impulsionador do processo dizendo que “cada vez mais empresas de produtos-serviços híbridos estão confiando muito mais em serviços” (MORITZ, 2005).

b) O mercado de bens físicos está satisfeito

No que toca ao mercado de produtos físicos, Moritz (2005) prega que a produção massiva e em série deixa cada vez mais os produtos semelhantes entre si. Do ponto de vista do cliente, exemplifica o autor, os diferentes detergentes em pó que estão disponíveis nos supermercados estão todos cumprindo a mesma finalidade, pois a função básica de limpar e a qualidade são tidas como certas por todos os consumidores. Produtos de diferentes marcas não se diferenciam pela proposta de valor ou de uso. Moritz afirma que o *Branding* tem trabalhado no posicionamento, criando proposições únicas de venda, e o marketing atua na promoção desses produtos, e ilustra dizendo que, na Alemanha, embalagens de xampu são redesenhadas a cada duas semanas, em média. Mesmo que novas versões de produtos antigos sejam criadas a todo o tempo, os resultados nem sempre são inovadores ou muito diferentes de antes.

Para o autor, serviços são utilizados para apoiar a competitividade e agregar valor aos produtos e muitos produtos são plataformas de serviços. Cada vez mais o verdadeiro negócio está situado nos serviços e produtos representam a possibilidade de consumir o serviço. Em outros termos, o produto está lá apenas para o serviço, mas isso não significa que os produtos deixarão de ter importância. Assim, para Moritz, serviços estão integrados num produto híbrido complexo e em unidades de serviço que complementam o serviço oferecido. O exemplo fornecido pelo autor é de rápida assimilação: o aparelho celular, como produto (bem físico), é a plataforma que permite o uso do serviço de comunicação. Em muitos casos, o aparelho não tem custo ao cliente que opta contratar o serviço. Além disso, o aparelho celular acrescenta um papel significativo como item de moda. Por conseguinte, o híbrido de serviço representa uma unidade nova, que exige novo design – na estratégia, no *branding* e no marketing (MORITZ, 2005, grifo do autor).

c) A tecnologia possibilita novos serviços

Uma mudança na tecnologia resultou na revolução industrial. Tal evento mudou a forma como as empresas trabalhavam e ofereceu novas possibilidades e, da mesma forma, a revolução dos serviços é baseada num largo espectro de mudanças tecnológicas. Para Moritz (2005), todas as novas tecnologias – internet, comunicações, computadores e dispositivos sem fio – abrem possibilidades de inovação e todas elas permitem o desenvolvimento de serviços. Conforme o autor,

há ilimitadas oportunidades de criação de sistemas de serviços que oferecem valor a partir de novas maneiras. Pode-se ter acesso a vários serviços dos bancos, por exemplo, via internet ou no telefone. A tecnologia mudou a forma de relacionamento entre clientes e fornecedores de serviços, de maneira que as fronteiras físicas não existem mais. As redes de trabalho tornam possível a existência de centros de serviço em países com mão de obra barata e serviços online são muito rápidos e fáceis de copiar. As redes de trabalho e as tecnologias, em sua totalidade, têm mudado drasticamente ao longo das duas últimas décadas e esse desenvolvimento, segundo o autor, muda a forma como as coisas operam e oferece um terreno fértil para a revolução dos serviços (MORITZ, 2005).

d) Seres humanos têm necessidades individuais

Clientes têm necessidades e expectativas individuais que não podem ser padronizadas. Em certos contextos, segundo Moritz (2005), clientes têm diferentes necessidades mesmo que para o mesmo serviço e esta necessidade própria de cada pessoa claramente vai além de embalagens diferentes para as mesmas coisas. Para o autor, as mecânicas do comportamento do cliente desempenham um papel muito maior nas cadeias de informação do que nas cadeias de abastecimento, especialmente em serviço, onde os clientes estão diretamente envolvidos no processo. Para Moritz, isso significa que está ficando cada vez mais difícil estimar ou adivinhar o que qualquer consumidor deseja. Uma vez que máquinas não poderão sozinhas lidar com as necessidades individuais dos clientes, o serviço apresenta-se como uma grande oportunidade para oferecer uma dimensão totalmente nova de valor (MORITZ, 2005).

Com esta perspectiva, Moritz defende que o desenvolvimento do mercado de serviços pode ser apoiado a partir de um conceito que permita projetar serviços, de forma que as organizações encontrem novas maneiras de superar a competição e oferecer novos valores em serviços, frente a um mercado abarrotado de bens. Para o autor, a venda realizada basicamente através da propaganda e dos preços não é mais suficiente e o Design de Serviços – a proposta de Moritz – pode contribuir na criação de uma nova relação entre as organizações e os clientes.

A tecnologia oferece novas possibilidades de entrega de serviços e permite, ainda, novos tipos ou novos formatos de serviços. Mas há serviços em que a tecnologia não consegue oferecer com o mesmo teor que o ser humano o faz, pois clientes são indivíduos

com necessidades, desejo e sentimentos humanos. Por este motivo, o design de serviços pretende colocar os clientes em maior evidência (MORITZ, 2005).

Para Chesbrough e Spohrer (2006), seus conceitos apresentados na seção 2.3 deste estudo – e associados, em nosso entendimento, aos quatro principais impulsionadores do processo chamado por Moritz (2005) de revolução dos serviços –, além de atestarem a importância do tema serviços na economia moderna, conduzem a uma reflexão relativa à possibilidade de a ciência de serviços ser capaz de se tornar um campo acadêmico. Para Chesbrough e Spohrer (2006), as abordagens à inovação de serviços permanecem fragmentadas em diferentes disciplinas e ainda não emergiu um modelo unificado. Os autores acreditam ser improvável que abordagens sistemáticas para a inovação em serviços possam ser alcançadas sem um esforço interdisciplinar que una os silos acadêmicos em torno de um conjunto de problemas comuns. O papel dos serviços tem se mostrado crescente na economia, mas ainda apresenta-se como uma tendência – segundo estes autores –, o que impede o surgimento de um campo na ciência de serviços.

Há outro fator, essencial no entendimento de Chesbrough e Spohrer, que diz respeito às Tecnologias de Informação e Comunicação. Com o avanço dessas tecnologias, a capacidade de codificar e transmitir conhecimentos, e de reutilizar e recombinar o conhecimento, também tem crescido exponencialmente. Mais sutilmente, esses avanços têm permitido ao conhecimento separar-se dos artefatos (produtos tangíveis) na forma de informações de alta velocidade. Despojada dos artefatos em que estava anteriormente consagrada, essa informação pode se mover a uma velocidade muito maior nas empresas, profissões e ferramentas especializadas. Além disso, essa informação não é consumida na troca, mas permanece disponível para uso adicional ou para a reutilização por outros. É preciso destacar com atenção este ponto do estudo de Chesbrough e Spohrer, pois, segundo os próprios autores, tal afirmação não era verdade em épocas anteriores, quando consumir um produto significava que outros não poderiam consumi-lo também (CHESBROUGH; SPOHRER, 2006).

Baseados nesta libertação do conhecimento em informação e incorporação de informações nos sistemas, Chesbrough e Spohrer defendem que o campo da ciência de serviços poderia ser capaz de emergir no momento econômico atual. A abundância de informações sobre pessoas, artefatos tecnológicos e organizações nunca foi tão grande, nem a oportunidade de configurá-los em relações de serviço que criam valor novo (CHESBROUGH; SPOHRER, 2006).

2.3.2 O que diferencia os serviços

Moritz (2005), assim como Chesbrough e Spohrer (2006), também aponta que uma grande parte da economia – 70%, de acordo com Moritz (2005), 80% para Chesbrough e Spohrer (2006) – está no setor de serviços e a ampla gama de diferentes serviços destaca o fato de que se pode identificar serviços nos mais diversos lugares e situações onde se deseja estudar a economia. Para explicar o que é original em serviços, Moritz (2005) cita Sasser (1990), Hollins (2005) e Mager (2004) como examinadores e apontadores da diferença entre bens e serviços e ressalta que tal diferenciação é ainda hoje válida, pois salienta a grande mudança de pensamento necessária para tornar possível o trabalho de projetar serviços.

Assim, apoiado na quantidade e complexidade inerentes aos serviços, Moritz se serve de um expediente pouco usual ao descrever o que os serviços não são. Para ele, geralmente algumas das principais características resumem o que é único sobre serviços (MORITZ, 2005):

a) Serviços não são tangíveis

O autor descreve que serviços não têm forma física, ou seja, não podem ser fisicamente tocados. Eles não podem ser vistos antes da compra nem levados para a casa do consumidor depois da compra, embora em muitos casos os resultados possam, sim, ser vistos. Existe uma lacuna, de acordo com Moritz (2005), entre o valor do serviço e as representações e manifestações que comunicam esse valor.

b) Serviços não são separáveis do consumo

Nos serviços, produção e consumo ocorrem primordialmente de forma simultânea. Em outras palavras, a prestação do serviço é inseparável de seu consumo. Por isso, Moritz (2005) destaca que não é possível planejar o envolvimento dos clientes e lembra que as novas tecnologias oferecem possibilidades para o auto-serviço. Mesmo havendo elementos e módulos de prestação de serviços que podem ser preparados, sempre há, para o autor, uma sobreposição entre serviços e consumo.

c) Serviços não podem ser armazenados

Pelas suas características próprias de não serem físicos – como o são os bens –, os serviços normalmente não podem ser armazenados ou inventariados e por esse motivo perdem seu valor se não forem utilizados.

d) Serviços não podem ser apropriados

A maioria dos serviços é consumida no local ou no momento de sua compra. Com isso, Moritz (2005) afirma que não se pode conduzir os serviços para que sejam consumidos em casa, por exemplo, pois serviços não são exportáveis ou transportáveis. O autor afirma que, uma vez adquiridos, serviços são usados em vez de serem possuídos. Diferentemente dos produtos físicos, os consumidores não se tornam donos de um serviço pelo fato de o terem comprado.

e) Serviços são experiências complexas

Serviços, conforme sentença o autor, acontecem ao longo do tempo e através de vários pontos de contato. Diferentemente dos produtos tangíveis, não há dois serviços que possam oferecer experiências semelhantes ao usuário. Os clientes percebem os serviços em muitos níveis diferentes e a interface global é uma combinação das experiências de todos os pontos de contato com o serviço que está sendo consumido.

f) A qualidade do serviço é de difícil mensuração

As medidas de qualidade em um serviço, segundo o autor, tendem a ser qualitativas e há poucas medidas quantitativas. Assim, há uma maior variabilidade nos serviços e torna-se mais difícil controlar sua qualidade.

Para Moritz (2005), as características inerentes aos serviços têm uma grande influência sobre a experiência que os clientes terão, diferentemente das experiências com produtos físicos. Os serviços, para o autor, podem incluir componentes diferentes nessa experiência, como por exemplo, o espaço onde é consumido e outros componentes dos produtos. A experiência total dos clientes com o serviço é composta de diferentes contatos com estes componentes, o que torna os serviços diferentes entre si e mais complexos. O autor destaca, então, que os serviços existem basicamente a partir da percepção que os clientes têm em diferentes pontos de contato. Para ele, uma empresa que vende serviços precisa abordar a pesquisa, a inovação e o desenvolvimento de uma forma diferente daquela empresa que vende bens físicos (MORITZ, 2005).

O Quadro 3 mostra as mais proeminentes diferenças entre produtos físicos e serviços. É assim que Moritz considera, resumidamente, as diferenças existentes entre bens e serviços.



Quadro 3 – Produtos e serviços são diferentes. Adaptado de Moritz, 2005.

2.3.3 Desenvolvimento de Novos Produtos e Serviços

Griffin (1997) defende que aspectos como estratégia, liderança de projeto e multifuncionalidade de equipes não apontam diferenças entre serviços ou bens manufaturados, quando se trata do desenvolvimento de novos produtos (DNP). Noutros aspectos, no entanto, pode-se fazer distinção entre bens físicos e serviços. Segundo esse autor, serviços não podem ser contabilizados ou inventariados e são altamente perecíveis. Se não for utilizado como disponíveis em tempo, ele desaparece e perde seu valor. Sua fabricação ocorre simultaneamente ao consumo e em muitos casos o usuário é participante do processo de fabricação. O autor acrescenta que certos aspectos do serviço são intangíveis, o que limita a percepção do benefício pelo consumidor. Isso faz com que os processos de DNP, as estruturas organizacionais e o ciclo do desenvolvimento difiram entre bens físicos e serviços (GRIFFIN, 1997).

Em geral, os processos de serviço são mais simples do que aqueles usados para desenvolver produtos manufaturados, mesmo para aquelas empresas especializadas em serviço, de acordo com Griffin (1997). Quando um processo é usado no DNS, este consiste em menos etapas do que o desenvolvimento de produtos manufaturados. Segundo o autor, é quase unânime que o “desenvolvimento de manufaturas” não é incluído no processo de DNS, provavelmente devido à própria natureza da prestação de serviços. Entretanto, os processos de serviço têm quase duas etapas a menos do que a média dos processos de desenvolvimento de mercadorias (bens físicos) e não existe uma etapa além do desenvolvimento de manufatura. A

etapa específica a ser eliminada depende das empresas, no entanto, o foco relativo no processo de serviço, para Griffin (1997), está mais sobre os passos à frente do processo do que nas fases posteriores. Ambos, o processo de serviços e o processo de bens manufaturados, são mais prováveis que incluam uma etapa de desenvolvimento. No entanto, para este autor, a geração de conceito é o próximo passo mais frequentemente incluído em processos de desenvolvimento de serviços, que é próximo a etapa frequentemente menos utilizados em processos de produtos manufaturados. Da mesma forma, as ordens de classificação relativa das fases iniciais (pré-desenvolvimento) em processos de serviço são mais baixas do que as ordens de classificação para as mesmas etapas em processos de produtos manufaturados (GRIFFIN, 1997).

Quanto à estrutura organizacional, o DNP em grande parte das firmas de serviços está se reportando às funções da área de marketing. Segundo o autor, essa característica reflete o tipo de estrutura mais usual para empresas focadas em serviço, que se apresenta diferente das estruturas de desenvolvimento de novos produtos de empresas de bens físicos. Nestas, os processos de DNP, em sua grande maioria, estão se reportando às unidades de negócio, numa estrutura mais comumente encontrada neste tipo de organizações.

A última área de diferenças, conforme Griffin (1997), diz respeito ao tempo necessário para o ciclo dos processos de DNP. Em geral, segundo estudo do autor, serviços tomam cerca de metade do tempo necessário para processos de desenvolvimento de bens físicos, seja qual for o nível de inovação dos produtos. Em outros aspectos não mencionados pelo autor, não há diferenças no desenvolvimento de serviços e produtos manufaturados, mas o tempo do ciclo de desenvolvimento para serviços é mais curto.

Fica claro para este autor que a maioria das pesquisas em DNP está focada em entender as necessidades e estabelecer métodos para organizações produtoras de bens manufaturados. A maioria dos processos e métodos de DNP desenvolvidos tem sido focada em firmas produtoras de bens. Segundo o autor, talvez porque os processos de DNP estão mais presentes em produtores de bens físicos do que em firmas de serviços, poucas firmas de serviço utilizam tais processos com mais frequência e propriedade. Empresas de serviços estão mais disponíveis a usarem processos menos complexos com poucas etapas e desenvolverem serviços de forma mais rápida. Para Griffin (1997), mais pesquisas sobre as necessidades do DNP em firmas de serviços deveriam ser executadas, e mais iniciativas para reunir tais resultados precisariam ser desenvolvidas, iniciando-se com um melhor delineamento das melhores práticas de processos e organização de estruturas para o desenvolvimento de serviços (GRIFFIN, 1997).

Johne e Storey (1998) também apontam diferenças entre bens e serviços no que se refere ao desenvolvimento de novos produtos. Para ele, do ponto de vista da oferta e também do ponto de vista da compra, há diferenças importantes que são capturadas em três categorias:

- 1) **Intangibilidade.** Para estes autores, serviços são predominantemente intangíveis, mesmo que esforços possam ser feitos para torná-los mais tangíveis, como, segundo exemplo dos autores, o suporte aos produtos de serviços financeiros com atrativos cartões plásticos. Os autores destacam que serviços são predominantemente processos e não “coisas”, e citam que a intangibilidade tem importantes consequências operacionais, no sentido de que produtos intangíveis são especialmente difíceis de testar conceito.

A dificuldade, definem John e Storey (1998), decorre da intangibilidade porque serviços são processos e não entidades físicas. Serviços podem ser mais facilmente modificados que produtos físicos ou processos físicos. Assim, alterações na oferta do serviço podem ser feitas de forma relativamente rápida e fácil por operadores individuais, sem a necessidade de contrato de gestão ou de aprendizagem organizacional adequada. Alterações desse teor podem ser feitas à custa da qualidade do serviço ao cliente. Uma dificuldade adicional, segundo os autores, resultante da intangibilidade é que a evolução pode ser facilmente copiada pela concorrência. Porque a evolução de serviços não é patenteável, torna-se mais difícil coibir as cópias (JOHNE; STOREY, 1998).

- 2) **Heterogeneidade.** Serviços muitas vezes são variáveis em qualidade porque serviço é comumente produzido e consumido simultaneamente. Uma vez que é criada e consumida na interface do consumidor pessoal, a experiência do serviço é suscetível de variação a cada ocorrência. Os autores ressaltam que funcionários e clientes desempenham um papel na prestação de serviços. O grau de variação tem relação direta com o grau de padronização do serviço e com a quantidade de tecnologia aplicada na interface com o cliente. É importante ter em mente que os clientes de serviços arriscam comprar um resultado e também uma experiência que não podem avaliar plenamente antes da compra. Para os autores, operacionalmente isso exige, entre outras coisas, a ênfase constante na formação e na prática da equipe do fornecedor do serviço.
- 3) **Simultaneidade.** Tipicamente, serviços são produzidos e consumidos simultaneamente. Isso quer dizer, para os autores, que serviços, em sua maioria, são inerentemente perecíveis e por esse motivo não podem ser mantidos em

estoque. Planejamento da capacidade é fundamental para prestadores de serviços, pois como a demanda pode variar consideravelmente, precisa ser cumprida prontamente ou poderá ser perdida (JOHNE; STOREY, 1998).

Em seu estudo sobre desenvolvimento de novos serviços, Johne e Storey citam Payne (1993, apud JOHNE; STOREY, 1998), que aponta a existência de muitos produtos tangíveis que possuem uma ou mais características mencionadas acima. Ou seja, para Payne, somente em casos extremos bens físicos são altamente tangíveis; são estreitamente controlados para a variância; produzidos a uma distância dos clientes; e estocados. Por outro lado, a maioria dos produtos serviços tem uma tendência acentuada para as três características citadas. Segundo este autor, quando os produtos são caracterizados por intangibilidade e simultaneidade, o processo de avaliação de compra e consumo é muito importante. Esta, na visão de Johne e Storey (1998), é a justificativa para o estudo de desenvolvimento de produtos serviços no seu próprio direito, ou de maneira autônoma. O desenvolvimento da oferta de novos serviços requer atenção cuidadosa e passa pela habilidade de cada pessoa nas organizações fornecedoras (JOHNE; STOREY, 1998).

2.3.3.1 Desenvolvimento de novos produtos orientado pelo design

O novo serviço é uma inovação que, direta ou indiretamente, altera a forma ou a qualidade de uma oferta de serviço (JOHNE e STOREY, 1998). Jaw, Lo e Lin usam esta afirmação de Johne e Storey para citar Booz et al. (1982, apud JAW; LO; LIN; 2010) e Lovelock (1984, apud JAW; LO; LIN; 2010), dizendo que as classificações de novos serviços foram desenvolvidas principalmente por estes autores. Jaw, Lo e Lin (2010) comparam os dois pontos de vista, ensinando que a mais ampla categorização de Booz et al. (1982) procura captar diferentes níveis de inovação (alto, moderado e baixo), que direta ou indiretamente alteram uma oferta de serviços. Serviços são frequentemente definidos, de acordo com Jaw, Lo e Lin (2010), como atividades voltadas à criação de mudanças ou transformações de forma, lugar, ou o tempo de disponibilidade de algumas entidades. Os autores referem-se novamente a Booz et al. (1982, apud JAW; LO; LIN; 2010), para quem novos serviços incluem: a) novos serviços para o mundo, b) novas linhas de produtos, c) adições ao serviço já existente, d) melhorias e revisões aos serviços existentes, e) reposicionamentos e f) redução de custos. Por outro lado, Jaw, Lo e Lin (2010) alertam que é importante não definir novo serviço de maneira muito fechada, restrita, devido ao elevado grau de transformação em

qualquer oferta de serviços (JAW; LO; LIN; 2010). Esta classificação tem sido frequentemente discutido em estudos DNS, como já apresentamos com JOHNE e STOREY (1998).

Jaw, Lo e Lin (2010) argumentam que características do serviço incluem a separabilidade (produção simultânea e de consumo), heterogeneidade (a exigência de esforço e interação humana), e perecibilidade (serviço não pode ser mantido em estoque), e sua revisão na literatura relacionada à inovação em serviço indica que as características do serviço devem ser consideradas quando se prepara o lançamento de um serviço. Estas mesmas características devem indicar as diferenças entre o desenvolvimento de novos serviços e novos produtos. Para Jaw, Lo e Lin (2010), essas características colocam desafios inerentes à inovação mais do que bens materiais, e existe uma relação estreita entre as características do serviço e do processo de desenvolvimento de novos serviços. Alguns trabalhos empíricos citados pelos autores explicam como as características do serviço prevêm inovações numa organização. Características do serviço podem definir “o que” e “o como” de um esforço de inovação, e ajudam a identificar os fatores-chave do DNS. A transformação de qualquer oferta de serviço – segundo estes autores – também vai exigir a transformação de alguns elementos dos serviços (JAW; LO; LIN; 2010).

Dessa forma, Jaw, Lo e Lin dizem que a inovação assume uma variável de conduta, é limitada por fatores externos (características do serviço) e pela estrutura interna da empresa (cultura orientada para o mercado) e seu desempenho – o desenvolvimento de novos serviços – é o resultado do comportamento de tal estrutura. A Figura 6 apresenta a estrutura conceitual do trabalho, apresentando as características de serviço, a orientação para o mercado e os esforços de inovação que coletivamente influenciam o desempenho do desenvolvimento de novos serviços (JAW; LO; LIN, 2010).

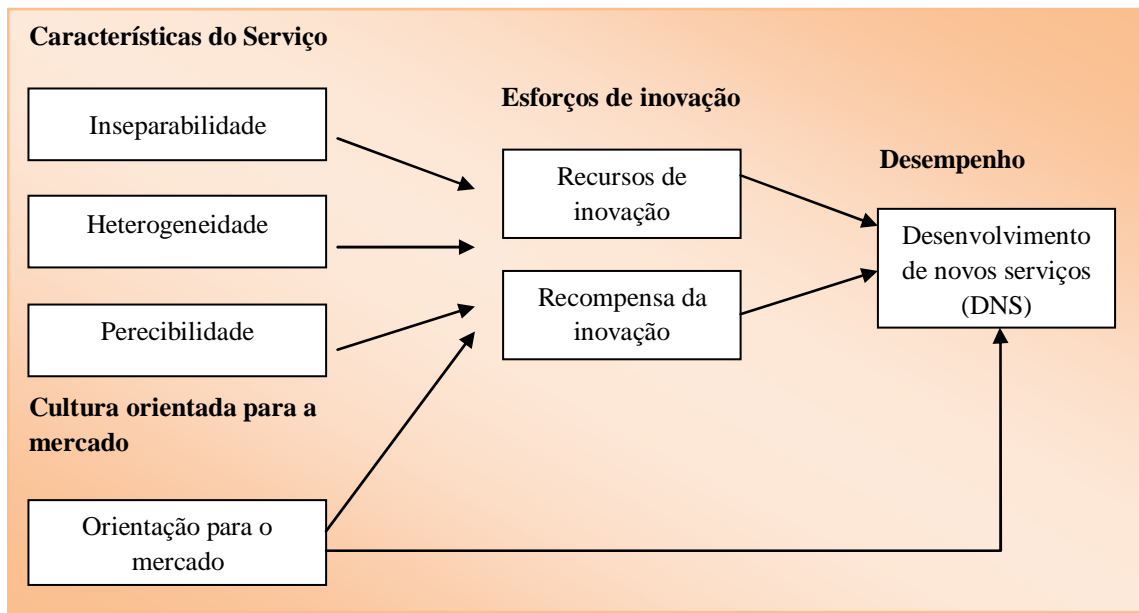


Figura 6 – Estrutura conceitual: características de serviço, orientação para o mercado e esforços de inovação no DNS. Adaptado de Jaw; Lo; Lin, 2010.

Os resultados dos estudos destes autores indicam que as características de heterogeneidade e percibilidade do serviço e a orientação para o mercado influenciam positivamente os recursos de uma empresa e premiam a inovação. Além disso, esforços em inovação e orientação para o mercado impactam positivamente no desempenho do DNS. Esse entendimento, na afirmação dos autores, beneficia o desenvolvimento das vantagens inovativas de empresas de serviço, em contraste a bens físicos (JAW; LO; LIN; 2010).

Ao aplicar a atitude de fazer prevalecer a aparência como “o supremo” (os autores questionam “porque as pessoas são fanáticas pela aparência”) no desenvolvimento de produtos, Jang et al. (2009) argumentam que a proliferação do desenvolvimento de novos produtos orientados pelo design é um conceito que ganha relevância. Assim como a aparência determina uma primeira impressão de uma pessoa em relação à outra, o design – de acordo com os autores – funciona como o primeiro ponto de contato entre a empresa e o consumidor. Por conseguinte, como o único meio de comunicação do produto, os autores entendem que não é exagerada a importância que se dá ao design no desenvolvimento de produtos de sucesso. Jang et al. também prevêem que o design terá um papel ainda maior nas atividades futuras de desenvolvimento de produto das empresas.

Para incrementar a criatividade e o pensamento inovativo nas empresas, algumas pesquisas citadas por Jang et al. (2009) indicam que o departamento de design terá um papel de liderança no DNP. Os autores afirmam que esta tendência está especialmente avançada em casos de produtos centrados no usuário – como celulares e tocadores de MP3, bens tangíveis

onde a característica de produtos centrada no usuário são intensamente tecnológicas e as necessidades dos usuários são diversas –, para quem o design já exerce grande influência sobre todo o processo de desenvolvimento de novos produtos (JANG et al., 2009).

Realizar esforços em inovação é uma função importante da gestão do negócio devido à forma como esses esforços influenciam o desempenho organizacional, escreveram Jaw, Lo e Lin (2010) a respeito dos fatores determinantes do desenvolvimento de novos serviços. Esforços em inovação representam um compromisso da alta administração para reduzir os problemas resultantes das características do serviço. Como resultado, conforme os autores, é necessário compreender as relações que ajudam uma empresa de serviços e quanto as características do serviço podem ser usadas para desenvolver esforços estratégicos em inovação. Tal entendimento é o de identificar os fatores críticos de DNS que são diferentes do DNP (JAW; LO; LIN; 2010).

Segundo os autores, grande parte da confusão ao longo dos anos na definição de marketing e na compreensão dos resultados do conceito de marketing é proveniente de uma incapacidade de distinguir o marketing como uma cultura, como atividades de inteligência de mercado, ou como uma estratégia. Jaw, Lo e Lin (2010) apontam, no entanto, que há um amplo consenso de que a orientação de mercado como uma filosofia consiste de três aspectos centrais – orientação para o cliente, orientação para concorrentes e coordenação interfuncional. Segundo os autores, a cultura organizacional orientada para o mercado fundada na Visão Baseada em Recursos é considerada um fator importante no desempenho da organização. Visão Baseada em Recursos diz respeito aos recursos como a melhor fonte de diferenças de desempenho entre as empresas. Ser uma empresa orientada para o mercado é vê-la como um fator de sucesso externo, que conduzirá a inovações adequadas para esse mercado. O trabalho de Jaw, Lo e Lin afirma que compreender as preferências do cliente melhora o desempenho do mercado de um novo produto (JAW; LO; LIN; 2010).

Quando uma organização investe esforços no desenvolvimento do conhecimento do cliente, de acordo com estes autores, ela pode compreender melhor as preferências e necessidades do cliente dedicando recursos de inovação para alcançar tal objetivo, e criar um ambiente criativo que recompense os empregados para alcançar esse objetivo. Um esforço em inovação e em desenvolvimento de novos serviços de uma empresa também pode resultar da extensão percebida dos esforços de seus concorrentes. Assim, no entendimento dos autores, uma organização que tem a intenção de melhorar o desempenho através de inovação deve alocar recursos de forma proporcional à orientação de mercado mais eficaz para a situação. É importante considerar que, segundo Jaw, Lo e Lin, apesar de DNS diferir de DNP devido a

suas características distintivas, a maioria dos estudos de orientação para o mercado tem ignorado seus efeitos. Características de serviço podem ajudar a distinguir produtos de serviços e o que mais poderia ser incluído com a inovação de serviços (JAW; LO; LIN; 2010).

Com o papel do design se tornando mais importante no processo de desenvolvimento de novos produtos, os autores citam a existência de pesquisas atuantes em assuntos que versam, entre outros, sobre a correlação entre os investimentos em design e os ganhos financeiros da companhia, o que reforça o papel do design e o papel da gestão do DNP orientado pelo design. Assim, o estudo de Jang et al. (2009) identificou quatro fases do desenvolvimento do produto¹⁵, a saber:

- 1) **Fase do conceito** - A equipe de desenvolvimento do projeto precisa estar comprometida, num primeiro momento, em descobrir as necessidades dos consumidores, o que permite identificar comportamentos de uso e, por sua vez, definir o conceito central do novo produto, distanciando-se e diferenciando-se dos conceitos apresentados por seus concorrentes.
- 2) **Fase do design** - A fim de incorporar o conceito definido na fase anterior, a equipe de projeto precisa criar um design que combine os comportamentos de uso identificados nos consumidores, de forma coerente. Ainda nesta fase, Jang et al. (2009) evidenciam a importância de aplicar-se um regime de confidencialidade ao projeto, como meio de prevenção de possíveis imitações ou cópias por parte de concorrentes, o que anularia os esforços da equipe em criar um design inovador.
- 3) **Fase do desenvolvimento** - Os autores destacam a importância de a equipe de desenvolvimento manter-se comprometida com o conceito do projeto, de forma a eliminar as especificações que possam vir a prejudicar o produto no que tange a conceito e design e, adicionalmente, representar impacto negativo nas vendas. Neste ponto, ressaltam os autores, em muitas ocasiões é de fundamental importância que a alta gestão deixe clara para a equipe de projeto qual será a decisão a ser tomada, apoiando e suportando a equipe por todo o restante do ciclo de desenvolvimento do produto.
- 4) **Fase do marketing** - Jang et al. (2009) salientam nesta fase a importância de uma estratégia que respeite o conceito inicial de desenvolvimento do produto, o que define seu adequado posicionamento. É um momento em que o design centrado no desenvolvimento de novos produtos facilmente entra em atrito com o setor de

¹⁵ Nestas seções, “desenvolvimento de produto” refere-se a produtos de maneira genérica, não estabelecendo distinções entre bens e serviços.

desenvolvimento e também com a área de vendas, pois a decisão pelo design poderá representar a não inclusão de atributos vistos como essenciais pela área comercial. As decisões a respeito do posicionamento a ser tomado poderão trazer à empresa implicações diretas em seus resultados de vendas, margens e imagem.

Também diz respeito a esta fase, de acordo com Jang et al. (2009), o conceito de marketing que deverá ser adotado, incluindo-se aí as estratégias de desenvolvimento de séries de produtos oriundas do primeiro projeto, estratégias de preço e de comunicação, ofertas de produtos complementares ao projeto original e estratégias de segmentação de mercados regionais e globais (JANG et al., 2009).

2.3.3.2 Fatores de sucesso e Fatores potenciais do desenvolvimento de novos produtos

Por conta de uma intensa concorrência internacional, uma rápida evolução tecnológica e as expectativas mais maduras dos consumidores, o setor de serviços, para Jaw, Lo e Lin (2010), tem enfrentado desafios sem precedentes. O desenvolvimento de novos serviços ganha atenção e passa a ser uma preocupação das indústrias de serviço, no que se refere a novos serviços ou a inovações em serviços que atingem um desempenho superior e uma vantagem competitiva relevante. Buscando identificar fatores determinantes ao desempenho de DNS, os autores indicam que fatores diferenciais afetam a inovação e o desempenho em indústrias e em empresas de serviço, e afirmam que a noção de que as diferenças decorrem da própria natureza do serviço é amplamente reconhecida pela maioria dos acadêmicos que pesquisam gestão do serviço. Eles supõem, em seu trabalho, que o DNS é diferente do DNP (JAW; LO; LIN; 2010).

O estudo de Jang et al. (2009) apontou alguns fatores de sucesso no desenvolvimento de um telefone celular da LG. O mais importante deles foi a adoção da estratégia de desenvolvimento de novos produtos orientada pelo design, uma abordagem completamente diferente das estratégias de desenvolvimento existentes orientadas pela funcionalidade. Ao fazê-lo, o projeto do novo produto da empresa ultrapassou os fatores concorrenciais do preço e da funcionalidade e por isso, para Jang et al., resultou em sucesso.

A adoção de uma estratégia de desenvolvimento de um novo produto centrado no design representa uma grande mudança nos padrões de DNP, pois reconhece que as necessidades do consumidor fluem da função para a emoção, ao mesmo tempo em que se trata de uma tentativa de dar prioridade absoluta aos aspectos de conceito e comercialização do

novo produto. Este fato – a tomada de decisão por uma nova estratégia de desenvolvimento – fez com que o projeto, segundo os autores, resultasse num produto diferente dos concorrentes, garantindo que iria adquirir vantagem competitiva (JANG et al., 2009).

Jang et al. resumem a diferença entre uma estratégia de DNP centrada no design de uma estratégia de DNP centrada na funcionalidade na Figura 7.

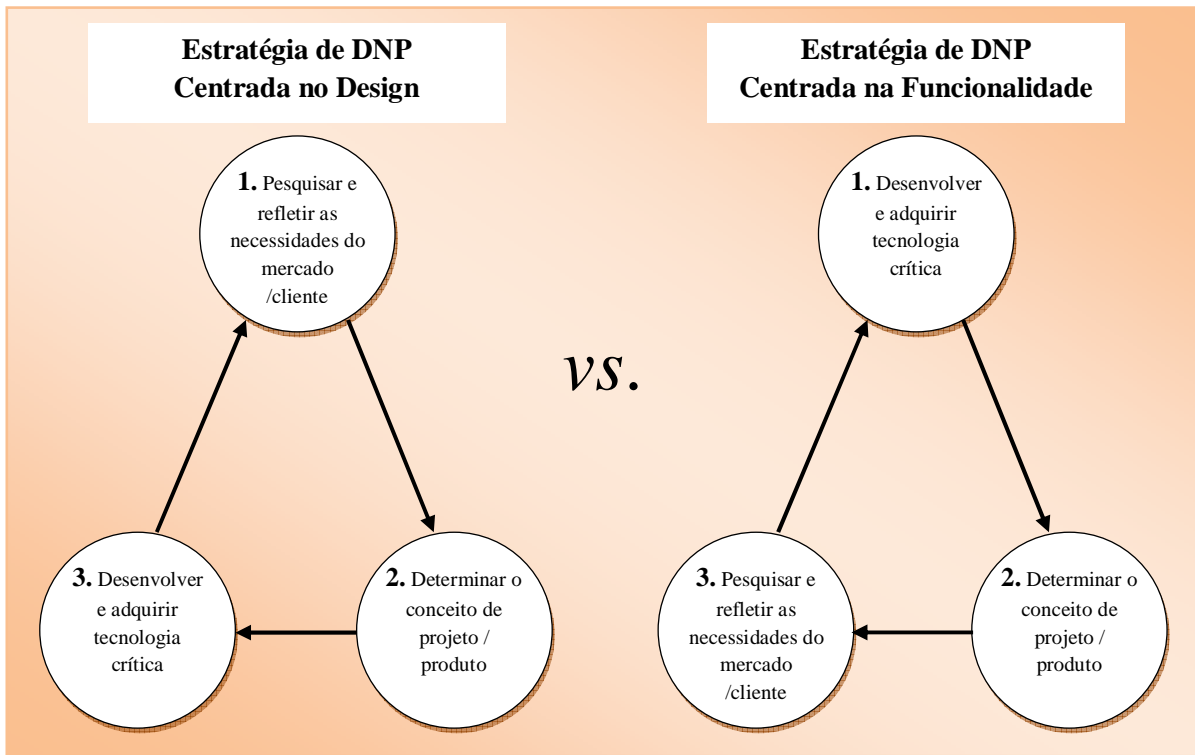


Figura 7 – O design é o fator-chave de compra do consumidor em uma estratégia de desenvolvimento de novo produto orientada pelo design. Adaptado de Jang et al., 2009.

Com base nisso, Jang et al. afirmam que alguns fatores podem conduzir projetos de desenvolvimento de novos produtos ao sucesso. Assim, os autores agrupam os fatores sob a perspectiva do design, do desenvolvimento, do marketing e do ponto de vista organizacional.

- a) Fatores de sucesso na perspectiva do design** - Jang et al. (2009) apontam como fator de sucesso a nomeação de um líder com competência para criar projetos distintos. Diferentemente da estratégia de desenvolvimento de produto centrada na funcionalidade, ensinam Jang et al., na estratégia de DNP centrada no design o design lidera o processo e exerce grande influência nas tomadas de decisão sobre as áreas de marketing e de desenvolvimento. Desta forma, o designer precisa ter a habilidade de combinar inspirações do consumidor com competências de comunicação, pois, segundo os autores, as necessidades do consumidor têm aumentado de uma dimensão funcional para uma dimensão emocional. Isso exige,

também, uma habilidade de comunicar e persuadir *stakeholders* (JANG et al., 2009).

b) Fatores de sucesso na perspectiva do desenvolvimento - Mesmo no desenvolvimento de produtos centrado no design, a área de tecnologia exerce importância no processo, e precisa perceber o conceito de design. Adquirir a tecnologia adequada é, para Jang et al. (2009), mais importante no DNP centrado no design do que no DNP centrado na funcionalidade, uma vez que a estratégia de desenvolvimento de novos produtos orientada pelo design surge como um desafio para desenvolvedores que terão de mudar seu modelo de produção sempre que o design for alterado. Da mesma forma, a fim de desenvolver um produto fiel ao conceito de design, o costume de adicionar uma nova função para o já existente deve ser descartado em favor de um decisivo e ousado pensamento inverso, como corajosamente retirar funções, apesar de ser possível realizá-las tecnologicamente.

No que diz respeito ao interesse e apoio da alta gestão num projeto centrado no design, Jang et al. (2009) indicam que as qualidades da liderança precisam ser evidenciadas em três aspectos: dando um direcionamento claro, fazendo a “voz do cliente” circular entre a equipe e dar maior apoio aos recursos orçamentais e humanos. Forte apoio da alta administração é um dos principais fatores de sucesso no DNP, conforme apontam os autores. Isso é mais importante no desenvolvimento de novos produtos centrado no design do que no DNP centrado na funcionalidade, porque o primeiro tende a apresentar um produto radical e inovador que pode resultar em forte oposição de desenvolvimento, vendas, marketing e outras organizações internas (JANG et al., 2009).

c) Fatores de sucesso na perspectiva do marketing - Para Jang et al., é interessante que a empresa assuma o risco de aferir suas atividades de marketing a partir do conhecimento que vem de fora. Para eles, profissionais mais maduros com relação às experiências de marketing devem incrementar o conhecimento trazido para a empresa, apresentando resultados mais expressivos especialmente considerando que se trata de desenvolvimento de novos produtos. A presença de profissionais experimentados em outras empresas e situações deve ser valorizado pela organização, segundo os autores.

Isso significa, de acordo com o estudo de Jang et al., que é igualmente importante não se utilizar somente ideias nascidas do lado de dentro da organização, mas também absorver e implementar ideias que vêm de fora. A

equipe de marketing tem um papel importante na gestão de relações com os parceiros externos – como agências de propaganda –, demonstrando clareza nos conceitos que pretende estabelecer no processo. Da mesma forma, a fim de fazer bom uso das ideias de fora, a organização interna precisa ter a capacidade de gestão adequada para absorver e utilizar essas ideias (JANG et al., 2009).

d) Fatores de sucesso do ponto de vista organizacional - Sob o ponto de vista organizacional, um dos fatores de sucesso é uma comunicação clara dos princípios de desenvolvimento de um produto. Para a execução bem sucedida de uma estratégia de desenvolvimento de novos produtos orientada pelo design, é necessário, segundo Jang et al. (2009), que haja uma tensão criativa entre as funções, ao invés de tentar evitar qualquer conflito entre eles. Conflitos e disputas entre os setores de design e desenvolvimento, marketing e vendas podem ser frequentes e causar grandes problemas. No entanto, na opinião dos autores, compartilhar claramente entre as equipes os princípios de desenvolvimento de produto centrado no design e seus objetivos tende a sanar com êxito essas dificuldades e conflitos (JANG et al., 2009).

Outro fator de cunho organizacional, para estes mesmos autores, diz respeito à mudança para um pensamento centrado no consumidor. A cultura organizacional, é um valor comum que rege as mentes e ações dos indivíduos, é um motivador importante que influencia as atividades de desenvolvimento de novos produtos. Ao mesmo tempo, para os autores, a cultura organizacional é o resultado de fatores gerenciais que controlam o desenvolvimento do produto – como estratégia, liderança, gestão de recursos humanos e práticas de gestão organizacional – e é por isso que é consideravelmente difícil mudá-la. Alguns esforços, no entanto, como uma clara estratégia de desenvolvimento de produto orientada pelo design e o ativo interesse e apoio à gestão e à utilização de talentos externos, concorrem para a criação de sinergias que poderão resultar na mudança para uma cultura organizacional centrada no cliente.

Dessa forma, para Jang et al. (2009), torna-se mais suscetível que sejam desenvolvidos aqueles produtos que o mercado e os consumidores querem, e não deliberadamente aqueles produtos que os desenvolvedores internos querem, ou que são compatíveis com as competências internas da organização (JANG et al., 2009). Jang et al. resumem desta forma

(Figura 8) os principais fatores de sucesso do DNP orientado pelo design a partir de seu estudo.

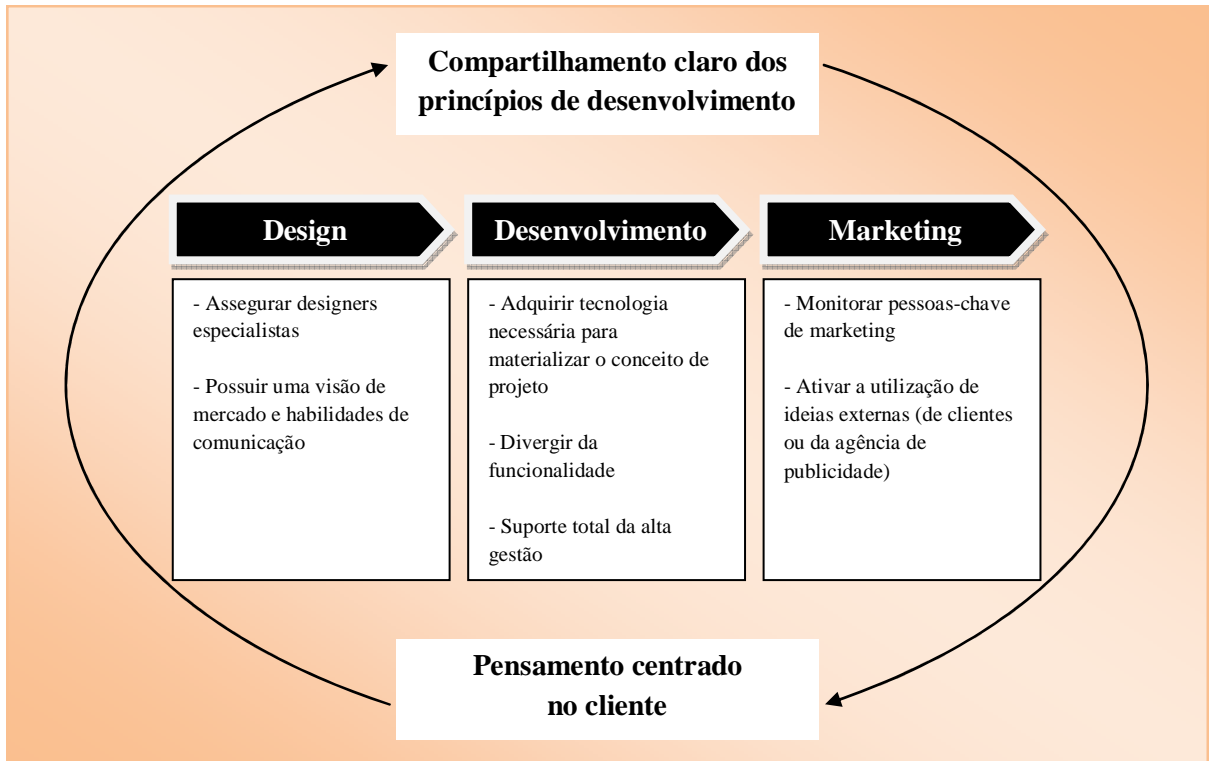


Figura 8 – Principais fatores de sucesso do DNP orientado pelo design. Adaptado de Jang et al., 2009.

Assim, o mecanismo de desenvolvimento de novos serviços como gerador de inovação para a empresa, fortalecido por suas particularidades em relação ao desenvolvimento de produtos físicos atestadas por autores mencionados neste texto, ganha espaço e importância no cenário literário. A organização que decide inovar em serviços – acenando a um recurso concreto para alargar sua vantagem competitiva – parece estar aberta a novas fontes de criatividade, de acordo com o que foi apresentado neste quadro situacional sobre serviços.

No ambiente que encerra nosso problema de pesquisa, no entanto, entendemos que é necessário um aprofundamento teórico-prático ativo e para além do que tem sido observado. Em outras palavras, há a pretensão de experimentar no Hospital Mãe de Deus a vivência de um projeto de inovação em serviços que transcenda a diferenciação entre bens e serviços ou os conceitos de DNP e DNS, mas que seja amplamente apoiada nos conceitos do design estratégico e em suas noções, capacidades e instrumentos próprios, bem como na “irrigação das veias criativas” da organização através de fontes externas ao cenário de estudo – conforme apresentado pela inovação aberta, em capítulos precedentes.

3 METODOLOGIA

O êxito de todo estudo investigativo passa pela eleição de uma estratégia adequada aos anseios da pesquisa. A escolha do método de trabalho tem de vir ao encontro das necessidades expostas no problema de pesquisa, de forma que a aplicação das técnicas adotadas preencha as expectativas de procedimento necessárias para o alcance dos objetivos. Nesta investigação, nossa busca se deu em compreender a contribuição da inovação aberta em um projeto conduzido pelo Design e identificar que condições precisam ser observadas para sua aplicação em projetos voltados à inovação em serviços no Hospital Mãe de Deus. Tal problema de pesquisa não tem interesse na busca da generalização. Quer apresentar uma realidade construída a partir de uma observação real, vivenciada. Assim, o estudo trabalhou com uma visão de mundo subjetivista.

No que tange à estratégia de pesquisa, este trabalho, devido à característica não quantificável de seu objeto, fez uma avaliação qualitativa, caracterizada pela descrição, compreensão e interpretação de fatos e fenômenos através de uma pesquisa-ação. Tal estratégia mostrou-se plenamente de acordo com as abordagens não convencionais que, segundo Martins e Theóphilo (2009), priorizam as avaliações qualitativas – como é o caso da abordagem fenomenológico-hermenêutica, definida para este estudo.

A pesquisa-ação, na visão de Thiollent (2005), é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2005). Esta acepção encontra eco em Tripp (2005), que define a pesquisa-ação como um processo que segue um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Para este autor, “pesquisa-ação é uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática” (TRIPP, 2005). Assim, este estudo se enquadra nessa visão metodológica, caracterizando-se por projetar uma solução para um problema identificado na comunidade-alvo onde tanto as etapas iniciais de pesquisa quanto as etapas derradeiras de construção de cenários, mobilizaram pesquisador e funcionários de diversos níveis hierárquicos da instituição numa atividade prática conjunta participativa, cooperativa e complementar.

Desta maneira, nossa abordagem metodológica ficou caracterizada por entender a relação entre fenômeno e sua essência que, segundo Moreira (2004), é fundamentada na busca do conhecimento a partir da descrição das experiências como estas são vividas, não havendo separação entre sujeito e objeto (Moreira, 2004). Para alcançarmos a meta proposta neste estudo, desenvolvemos uma pesquisa-ação no Hospital Mãe de Deus, uma instituição hospitalar de grande relevância econômica e social no Brasil, localizado em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

A partir de discussões iniciais com gestores da instituição, numa fase caracteristicamente exploratória do trabalho de pesquisa-ação, na visão de Martins e Theóphilo (2009), foi identificada e proposta pelo investigador “a necessidade de relacionamento da instituição com seu corpo clínico” como problema voltado à inovação em serviços a ser cientificamente estudado e – consideradas as limitações para intervenção na empresa, ainda desconhecidas nesse momento – solucionado. Este é um projeto considerado inovador pela instituição, que entrega à área de marketing a responsabilidade de desenvolver a estrutura necessária para tal, embora tenha em outras áreas o interesse e a necessidade de participação ativa para lograr bons resultados.

Assim, este estudo contemplou profissionais e colaboradores de nível estratégico, tático e operacional da instituição, e as entrevistas concentraram-se nas áreas técnica (médico-científica), assistencial, administrativa e de marketing, estabelecendo um quadro de entrevistados composto por gestores de áreas de apoio e de áreas técnicas.

3.1 COLETA DE DADOS

Pelo método da pesquisa-ação, esta investigação buscou coletar informações originais acerca das situações encontradas no ambiente investigado, podendo comparar o saber formal com o saber informal das relações, o que também irá contribuir para uma posterior aplicação prática a ser exercitada nesse mesmo ambiente. A este respeito, Thiollent afirma que “a noção de argumentação poderá substituir a noção de demonstração” (THIOLLENT, 2005), o que encontra aderência com nossa escolha.

Assim, esta pesquisa de observação teve duas grandes frentes de trabalho de coleta de dados, complementares entre si. A primeira, com um caráter denominado científico-técnico, foi composta pelas técnicas de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. A segunda

frente teve um caráter científico-projetual, prático, atuando junto a atores do ambiente estudado pela aplicação de um *workshop* conduzido pela lente do design estratégico. Contribuiu para esta pesquisa a participação do pesquisador em dois seminários sobre *Open innovation*, realizados anualmente durante o período da pesquisa, que trataram de várias abordagens do modelo de inovação aberta. A síntese dos assuntos discutidos nesses seminários consta no Apêndice A deste estudo.

3.1.1 Pesquisa documental

Além da pesquisa bibliográfica, essencial para apresentar e discutir conceitos pertinentes ao problema e a todos os temas que ele encerra, este trabalho contou com uma pesquisa documental na instituição investigada. Tal pesquisa demonstrou importante papel na busca e análise de documentos primários como fonte de dados basilares e complementares, permitindo um encadeamento com trabalhos anteriores desenvolvidos junto à instituição. Nesta linha, o relatório executivo “Análise da Gestão da Inovação em Serviços Hospitalares: um estudo no Hospital Mãe de Deus” (VACCARO; SILVA, 2011) constituiu-se como uma etapa preliminar para esta investigação, que por sua vez dá sequência a alguns encaminhamentos apontados no documento citado.

De outra parte, foram examinados arquivos eletrônicos contendo informações relativas à área de marketing da instituição (HOSPITAL MÃE DE DEUS, 2011a; HOSPITAL MÃE DE DEUS, 2011c) e usados internamente entre as áreas da empresa, refletindo decisões táticas e estratégicas da liderança organizacional, e também informações de uso externo que representam demandas e entregas da mesma área de marketing junto a parceiros externos do segmento de comunicação e marketing. Da mesma forma, constam informações sobre propostas de trabalho discutidas e apresentadas pela área interna, ou por parceiros externos, diretamente relacionadas ao programa de relacionamento com os médicos, já existente na instituição. O documento nomeado “Marketing e Comercialização” (HOSPITAL MÃE DE DEUS, 2011b), também analisado nesta pesquisa documental, contém a forma enxergada pela empresa para estruturar uma nova área de marketing e concretizar seu pensamento estratégico acerca do projeto de institucionalização dos médicos. Como fonte de consultas relativas ao histórico da instituição e a dados relativos à missão, visão e valores que orientam a empresa, bem como informações referentes à formação das diretorias Estatutária e Executiva, foi analisado o sítio www.maededeus.com.br (SSMD, 2012).

A etapa de pesquisa documental junto à instituição Hospital Mãe de Deus contribuiu para o conhecimento e explicações dos fenômenos relativos ao problema de pesquisa, uma vez que dados relativos a processos, procedimentos e históricos da instituição hospitalar tornaram-se fonte de informações para este estudo. Documentos mencionados em entrevistas que não foram localizados, ou que não estavam atualizados, não impediram o andamento da pesquisa e sua posterior análise.

3.1.2 Entrevistas semiestruturadas

Nossa pesquisa serviu-se de entrevistas semiestruturadas que puderam fazer compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões referentes ao problema da investigação que não foram esclarecidos na pesquisa bibliográfica ou documental. O uso de roteiro (disponível no Apêndice B deste trabalho), mantendo a liberdade de o entrevistador acrescentar outras questões, conforme defendem Martins e Theóphilo (2009), esteve ancorado no referencial teórico de suporte deste estudo, e conduziu questões a respeito do tema inovação em serviços, *open innovation*, design estratégico e demais conceitos correlatos, além de agregar definições propostas pelos entrevistados acerca do projeto de relacionamento com os médicos, levantadas e discutidas durante as entrevistas abertas.

3.1.2.1 Público interno

Os primeiros entrevistados do Hospital Mãe de Deus foram contatados através de indicações prévias dos gestores da instituição, em função do grau de conhecimento e envolvimento destes com este projeto de pesquisa. As pessoas foram escolhidas mediante julgamento de seu nível de informação a respeito da instituição e dos processos diretamente relacionados com o interesse desta investigação, de seu grau de responsabilidade e também em função da área em que desempenha suas funções. Igualmente, foram consideradas as experiências que essas pessoas demonstram em assuntos relacionados à gestão estratégica de áreas assistenciais e administrativas, assim como suas experiências na condução tática e operacional dos assuntos de interesse da pesquisa.

O Quadro 4, apresentado a seguir, mostra o público interno pesquisado, constituído por funcionários e outros colaboradores do Hospital Mãe de Deus, e traz um breve perfil de cada um dos 11 entrevistados.

Entrevistas – Público interno		
Entrevistado	Perfil	Área de atuação no Hospital Mãe de Deus
1	Administrador, especialista em gestão de negócios da saúde, integrante de equipe com responsabilidades operacionais junto a parceiros externos e liderança interna	Marketing
2	Médico, com responsabilidades técnicas, gerenciais e de gestão, tem longa experiência em processos metodológicos de gestão na instituição	Qualidade
3	Médico, com atuação técnica e de gestão, tem responsabilidades junto aos institutos	Bloco Cirúrgico
4	Administrador de marketing e turismo, especialista em negócios internacionais e design estratégico, integrante de equipe com responsabilidades operacionais junto a parceiros externos e liderança interna	Marketing
5	Médico, com formação em economia da saúde e psiquiatria e doutorado em psiquiatria, tem responsabilidades técnicas e diretivas na área de serviços assistenciais. É oriundo de empresas gestoras de assistência médica e de acreditação em outras regiões do país, onde tinha responsabilidades diretivas estratégicas e tem experiência em gestão pública no Ministério da Saúde	Médico-assistencial
6	Publicitário, com responsabilidades gerenciais e de gestão	Marketing
7	Administrador, com experiência de gestão pública no Ministério da Saúde, tem responsabilidades diretivas e longa experiência em gestão da saúde e em conselhos diretivos de vários hospitais no Brasil	Administração
8	Secretário executivo, desempenha atividades administrativas junto ao corpo médico e à diretoria médico-científica e tem responsabilidades junto ao Programa Médicos Mãe de Deus	Médico-científica
9	Engenheiro, mestre em engenharia de produção, com responsabilidades gerenciais e de gestão. Longa experiência em gestão e economia da saúde na instituição	Recursos humanos
10	Publicitário, integrante de equipe com responsabilidades operacionais junto a parceiros externos e liderança interna	Marketing
11	Médico, desempenha atividades técnicas e diretivas na área médico-científica, com longa experiência em gestão de pessoas e economia da saúde na instituição	Médico-científica

Quadro 4 – Público interno do Hospital Mãe de Deus incluído nas entrevistas

As 11 entrevistas realizadas junto ao Hospital Mãe de Deus, que juntas somaram mais de oito horas de gravações, envolveram os níveis estratégico, tático e operacional da instituição. Concentraram-se nas áreas técnica (médico-científica) e assistencial, através de

abordagens a gestores de nível tático e estratégico; e nas áreas administrativa e de apoio, com respondentes de nível estratégico, tático e operacional atuantes em setores como marketing, recursos humanos e alta administração, detentores de conhecimento e domínio sobre técnicas mercadológicas, de gestão e administrativas da organização. No decorrer das entrevistas, indicações de nível operacional foram sendo feitas e, se consideradas que poderiam representar relevância à coleta de dados, foram igualmente contatados (já inseridas no quadro acima).

O grande legado desta técnica de coleta demonstrou-se presente quando, na medida em que cada entrevista ia decorrendo, as conversas iam sendo direcionadas ou aprofundadas para contemplar novas definições e visões da organização a respeito das questões que serviram de roteiro, ou de outras questões geradas espontaneamente, e que mais tarde ajudaram na criação de vínculos quando da análise destes conteúdos.

3.1.2.2 Público externo

A busca por referências em contextos externos ao ambiente da pesquisa foi realizada em duas situações. A primeira situação contou com duas entrevistas junto a pessoas de organizações distintas (não-hospitais), em que o mesmo roteiro de entrevista aberta semiestruturada aplicado no Hospital Mãe de Deus foi usado para coletar dados concernentes às práticas dessas empresas, conforme Quadro 5. Estas entrevistas somaram, aproximadamente, duas horas de gravações.

Entrevistas – Público externo		
Entrevistado	Perfil	Responsabilidade atual
1	Farmacêutico, com pós-graduação em administração em marketing e longa experiência nas áreas comercial e de marketing de laboratórios farmacêuticos nacionais	Gerente de marketing de produto
2	Administrador de saúde e hospitais, com pós-graduação em marketing e mestrado em engenharia de produção, tem experiência de mais de dez anos em administração de hospitais e é o principal executivo de uma cooperativa de assistência em serviços de saúde	Superintendente executivo

Quadro 5 – Público externo ao Hospital Mãe de Deus entrevistado

Uma das entrevistas foi realizada com o principal executivo de uma empresa de planos de saúde, selecionada segundo julgamento de que se trata de uma empresa líder em seu

segmento e mercado de atuação. O entrevistado, por sua vez, foi escolhido por ser o representante de instância máxima da empresa, detentor de informações relevantes dessa organização e com autonomia para dar visibilidade a assuntos do interesse desta pesquisa. A outra entrevista ocorreu com um gestor de marketing de produto de um laboratório farmacêutico nacional, cuja atividade funcional – que se vale da atuação participativa em estratégias e ações de relacionamento com médicos – representa uma prática mercadológica singular. O conteúdo destas entrevistas com o público externo estão no Apêndice C, onde se encontra igualmente uma análise desse material coletado.

A segunda situação de coleta externa refere-se ao *workshop*, que desempenhou papel fundamental na busca de contextos externos ao ambiente pesquisado, e que trataremos mais à frente.

3.1.3 Pesquisa projetual – definições

Na perspectiva de trabalhar com experiências vividas em um projeto de design estratégico aplicado à inovação em serviços junto a uma instituição de saúde com forte caráter social, buscamos uma abordagem que se dá na experiência, na essência, não se restringindo ao fato percebido. A essência da inovação em serviços não é simplesmente o resultado de uma observação ou comparação de fatos, mas sim o sentido ideal de se criar valor pela inovação.

Neste estudo, a investigação, através desta etapa projetual, teve um forte viés participante, de engajamento, com implicações ao grupo observado, numa interação entre pesquisador e pesquisados. Pelas características intrínsecas à metodologia da pesquisa-ação, a situação social encontrada é que constituirá o objeto da investigação, não exatamente as pessoas abordadas. Neste sentido, conduzimos o *workshop* para coleta de dados complementar às entrevistas já realizadas, e também com o intuito de gerar ideias para a construção de cenários e conceitos de design para um projeto aplicado. Esta pesquisa projetual conduzida pela lógica design estratégico foi realizada em dois dias – com duração de cerca de duas horas e meia cada –, em local distinto do Hospital Mãe de Deus.

O *workshop*, nesta proposta de trabalho, fundamentou-se naquele modelo apresentado por Deserti (2007) em que o projeto de inovação é precedido por uma etapa orientadora denominada metaprojeto. Assim, aspirou abranger as quatro fases constituintes do metaprojeto, ao dar ênfase para: 1) coleta das percepções dos participantes acerca dos contextos apresentados; 2) interpretação dos dados, geração de tendências preliminares e organização de dados iniciais para desenvolvimento de trajetórias de inovação; 3) construção

de cenários e definições de rotas de inovação, frutos da pesquisa e interpretação; 4) concepção de instrumentos de estímulo e direcionamento das escolhas para a elaboração de um “conceito de design”, a ser empregado no projeto propriamente dito. Este formato, a nosso ver, permite analisar e interpretar os vínculos que o contexto apresenta e oportunizar cenários e direcionamentos para o projeto de inovação, a partir da capacidade criativa dos participantes.

Nesta acepção, o *workshop* foi realizado apoiando-se num sistema dado, porém de caráter aberto, onde suas variáveis puderam ser combinadas entre si e fortalecidas por atividades anteriores à sua realização – como de fato ocorreu com a pesquisa contextual (primeira grande área do metaprojeto), em que a coleta de dados da etapa Científico-técnica deste trabalho foi utilizada como “dados de entrada” para a apresentação e interpretação dos contextos junto aos participantes do *workshop*. A inteligência peculiar do metaprojeto de arranjar um “sistema de oportunidades” para se chegar à inovação – e não apenas conexões entre os dados levantados –, numa etapa denomina por Deserti (2007) como a “segunda grande área”, ou Pesquisa *Blue Sky*¹⁶, caracterizou o *workshop* pela ativação da criatividade e direcionamento desta aos objetivos estabelecidos em nossa investigação.

O *workshop* deste estudo, conduzido sob esta influência premeditada do modelo do metaprojeto, alcançou o objetivo de compreender e transcender limites, aproximando o design de disciplinas e contextos externos ao objeto de pesquisa para encontrar fontes de inovação. Constituiu-se, paralelamente, na segunda situação de busca de modelos externos, onde foram mobilizadas pessoas com diferentes atuações profissionais, que compartilharam suas visões sobre o problema em questão. Após a realização do *workshop*, o material apresentado na mini-palestra¹⁷ sobre objetivos e estratégias da área de gestão de fidelidade e relacionamento também foi analisado como modelo e referência externa. A atuação diversificada deste grupo – com a diversidade de profissionais e experiências reunidas – mostrou-se adequada ao interesse transdisciplinar de identificar e aproximar modelos externos ao praticado pela instituição foco da pesquisa.

3.1.4 *Workshop* – processo de condução

Previamente, foram propostos e formados, pelo investigador, três grupos de 3 a 4 integrantes, cujas especialidades e situações de atuação profissional foram levadas em

¹⁶ Conforme mencionado no referencial teórico deste estudo, na seção que trata do Metaprojeto, a pesquisa *Blue Sky* refere-se à busca de estímulos para a obtenção de indicativos para respostas a um problema de design.

¹⁷ A programação completa do *workshop* pode ser conferida no Apêndice D deste trabalho.

consideração para estabelecer equilíbrio e heterogeneidade em cada um dos grupos, conforme demonstra o Quadro 6.

Workshop – Participantes			
Participante	Perfil	Atuação	Trabalha no Hospital?
Administrador	Especialista em gestão de negócios da saúde, integrante de equipe com responsabilidades operacionais junto a parceiros externos e liderança interna. É funcionário do Hospital	Marketing hospitalar	Sim
Designer	Experiente em estúdio de design	Estúdio de design	Não
Engenheiro	Mestre em engenharia de produção, com responsabilidades gerenciais e de gestão. Longa experiência em gestão e economia da saúde na instituição* <i>* Este participante proferiu a mini-palestra do segundo dia.</i>	Recursos humanos hospitalar	Sim
Administrador	Experiente em tecnologia da informação, gestão comercial, marketing de produtos, consultoria de negócios, programas de fidelidade, marketing de relacionamento e atuação em empresas de segmentos diversos, como entretenimento, comunicação, indústria pesada, construção e varejo de consumo* <i>* Este participantes proferiu a mini-palestra do primeiro dia e não participou das atividades do workshop.</i>	Fidelização e relacionamento	Não
Designer	Desenvolve projetos em design	Estúdio de design	Não
Estatístico	Especialista em marketing. Experiência em pesquisa de mercado e marketing de indústrias de produtos de consumo e de energia e consultorias	Líder de projeto	Não
Administrador	Formado em marketing e turismo, especialista em negócios internacionais e design estratégico, integrante de equipe com responsabilidades operacionais junto a parceiros externos e liderança interna	Marketing hospitalar	Sim
Engenheiro	Pós-graduado em economia a administração, longa experiência em marketing, vendas e <i>branding</i> no setor industrial	Consultoria estratégica	Não
Comunicador social	Pós-graduado em tecnologia da informação, gerenciamento estratégico e design estratégico	Estúdio de design	Não
Médico	Infectologista, pós-graduado, com atuação em consultório particular e plantonista em hospitais	Hospitais e consultório particular	Não
Publicitário	Experiente em atendimento de agência de propaganda, desenvolvimento de marca e gerência de projetos em design	Consultoria em design	Não

Designer	Pós-graduado em design estratégico	Estúdio de design	Não
----------	------------------------------------	-------------------	-----

Quadro 6 – Participantes do *workshop*

No primeiro dia, foi proposta aos participantes uma seção inicial de inspiração com dois vídeos e uma mini-palestra, todos centrados nos temas “fidelidade, lealdade e relacionamento” e “escolha”. Estes momentos iniciais também cumpriram o papel de compartilhamento de *briefing* para os trabalhos que se seguiram, uma vez que apresentaram as bases conceituais sobre o assunto. Após uma técnica de aquecimento, cujo propósito foi aproximar as pessoas para a construção de resultados de forma colaborativa, em equipe, foi solicitado aos participantes que, pela técnica do *brainstorming*, apresentassem percepções e pontos de vista sobre “lealdade e relacionamento”, “o profissional médico” e “o hospital”, dimensões muito próximas àquelas resultantes da coleta de dados realizada pelas entrevistas, mas ainda não apresentadas ou discutidas com os participantes do *workshop*.

Sequencialmente, o investigador compartilhou com o grupo dados obtidos no contexto do hospital, quando da realização das entrevistas abertas na pesquisa documental. As “razões de escolha do médico”, segundo as entrevistas, dizem respeito às preferências apontadas pelos médicos que levam a decisões acerca do local – hospital – aonde estes médicos irão atuar profissionalmente. A partir deste breve momento, com eventuais esclarecimentos de dúvidas, foi aplicada a técnica de pesquisa *Blue Sky* com os participantes, de maneira a buscar fora do contexto da investigação referências para responder à questão “Como são trabalhadas estas razões em outros contextos?”. Seguiu-se um momento de Reflexão na Ação, onde os participantes puderam expor seus entendimentos sobre as atividades praticadas e os propósitos de cada momento. A primeira etapa do *workshop* foi finalizada com a apresentação da agenda para o segundo encontro, com explicações sobre a intenção de continuidade de exploração de ideias a partir das razões de escolha do médico, colhidas nas entrevistas semiestruturadas.

O segundo dia da pesquisa projetual retomou as razões de escolha dos médicos, propôs um exercício colaborativo de pensamento visual – onde o médico estava centrado no sistema – e apresentou a mini-palestra “Gestão do Corpo Clínico do Hospital Mãe de Deus”, realizada por um executivo dessa instituição. Após esta mini-palestra inspiracional, cujo objetivo foi conduzir os participantes a refletirem sobre o problema de relacionamento do hospital com seus médicos, foi proposto aos grupos que respondessem à pergunta “Como seria o hospital que utilizasse estas razões de escolha para se relacionar com seus médicos?”, de maneira a construir cenários para um posterior projeto de serviços para a instituição.

Após um período de tempo razoável para que cada grupo pudesse discutir, refletir, gerar ideias e representar visualmente seus conceitos, cada grupo apresentou e defendeu seus trabalhos colaborativos ao grande grupo.

De acordo com o andamento das técnicas aplicadas e com a desenvoltura dos grupos, o pesquisador decidiu suprimir a segunda etapa da pesquisa *Blue Sky* que previa a confecção de moodboards a partir de cada cenário, uma vez que alguns resultados já se manifestavam aparentes. O *workshop* foi finalizado com um momento de reflexão dos resultados alcançados, buscando-se estabelecer conexões entre os três cenários apresentados e gerar, pelo grande grupo, um conceito relacionado à questão proposta na etapa de construção de cenários.

3.2 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Neste trabalho de investigação, em que buscamos entender a complexidade e a interação de elementos relacionados ao nosso objeto de estudo, a análise dos dados desenvolveu-se simultaneamente à coleta, como ocorre caracteristicamente à pesquisa qualitativa, de acordo com Martins e Theóphilo (2009). O processo de análise iniciou-se ainda durante o trabalho de campo, quando, à medida que as informações eram capturadas, iam sendo também organizadas e relacionadas, de forma a identificar tendências e padrões marcantes.

Tais tendências e regularidades, identificadas primeiramente nas entrevistas em profundidade, foram, sequencialmente, reavaliadas na busca de se obter relações e inferências mais profundas. Para as entrevistas realizadas com pessoas da instituição hospitalar, os procedimentos utilizados consistiram em análise de conteúdo, dando-se preferência por descrever, entender e compreender a visão apontada pelos entrevistados acerca do problema investigado, reforçando o caráter fenomenológico desta avaliação qualitativa, conforme Martins e Theóphilo (2009).

Assim, a descrição e interpretação do conteúdo coletado nas entrevistas resultou no estabelecimento de dimensões de análise que foram relacionadas com os objetivos deste projeto e com suas questões norteadoras, tecendo vínculos com o referencial teórico que dá lastro a este estudo. Ao longo deste processo de coleta, as entrevistas em profundidade (tanto com as pessoas do Hospital Mãe de Deus quanto com os profissionais de outros contextos, que chamamos de modelos externos) também proporcionaram a análise de razões de escolha

pelas quais os médicos decidem relacionar-se com os hospitais, que foram definidas, descritas e categorizadas com o intuito de contribuir na compreensão do processo sob investigação. De acordo com Martins e Theóphilo, estes dados classificados e categorizados são utilizados para gerar construtos mais abrangentes e ideias mais amplas (2009), e de fato foram direcionados e introduzidos na segunda etapa de coleta de dados, formada pela execução do *workshop* conduzido pela lógica design estratégico.

Tais dimensões de análise e razões de escolha serviram como elementos centrais, “uma espinha dorsal” para a aplicação das técnicas de coleta usadas na etapa projetual deste trabalho. A partir do *workshop*, a discussão do ponto de vista, a pesquisa *Blue Sky*, a construção de cenários, a reflexão dos resultados e a geração de um conceito, conduzidos pela ótica do design, foram analisados sob o olhar das três capacidades do design – ver, prever e fazer ver – apresentadas por Zurlo (2010) e discutidas neste estudo. Tal análise feita a partir das capacidades do design constituiu-se na interpretação dos resultados práticos de conjuntos de atividades propostas (atividades inspiracionais, exercício visual, *brainstorm*). Complementarmente, os dados provenientes dessa etapa de coleta também foram analisados através do conceito de metaprojeto que, para Deserti (2007), proporciona capacidades de análise e interpretação dos vínculos apresentados pelo contexto, além de prever direcionamentos possíveis à inovação a partir da capacidade de gerar oportunidades.

Em se tratando de um trabalho de pesquisa-ação, onde a interação ampla e explícita entre o pesquisador e as pessoas implicadas na situação investigada (MARTINS e THEÓPHILO, 2009), nossa análise não recaiu nas pessoas – atores – com quem conversamos, mas sim nas situações sociais e nos problemas de diferentes naturezas encontrados e explanados por esses atores, pois trata-se de uma característica desta estratégia de pesquisa. A inserção de contextos externos trazidos por pessoas de fora da organização hospitalar, sob a ótica do design estratégico, foi fundamental na análise desta pesquisa inserida na ação, pois apresentou três aspectos simultâneos de análise: 1) tinha um objetivo de explicar as interações dos atores sociais, 2) tinha um objetivo de aplicar racionalmente as práticas espontâneas levantadas, e 3) tinha um objetivo de implicar a concepção e execução da ação pelos próprios atores (MARTINS e THEÓPHILO, 2009). A aplicação e execução dos resultados desta pesquisa, no entanto, poderão ou não ser levados a cabo de acordo com a disposição e estratégia organizacional da instituição.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme detalhadamente mencionado, a etapa Científico-técnica da pesquisa teve a realização de consulta à literatura, que colaborou na construção do referencial teórico para este estudo, além de uma série de entrevistas semiestruturadas com pessoas do Hospital Mãe de Deus, e de entrevistas junto a empresas de segmentos distintos ao negócio investigado, como referências externas de modelos de relacionamento. As identidades dos entrevistados foram preservadas nesta análise de maneira que, quando suas citações trazem contribuições explicativas ou ilustrativas, não estão relacionadas ao autor. Tais citações dos trechos das entrevistas realizadas não são resumos ou sínteses das opiniões dessas pessoas, uma vez que todo o conteúdo desses materiais foi considerado relevante para a pesquisa. Da mesma forma, há entrevistados que não são citados, o que não significa dizer que seus depoimentos não foram considerados.

A segunda etapa de coleta de dados – denominada neste trabalho como Científico-projetual – consistiu na realização de um *workshop* para levantamento de percepções e geração de ideias acerca de dimensões captadas na etapa anterior. Contou com a participação de profissionais e estudantes de design, colaboradores do Hospital Mãe de Deus com formações e funções diversas, e um médico que exerce uma relação não frequente com essa instituição. O *workshop* discutiu de maneira aberta as dimensões levantadas nas entrevistas e, mais especificamente, as razões de escolha do médico, indicadas na coleta de dados realizada com os colaboradores da instituição.

Numa concepção geral, o trabalho de pesquisa-ação compreendeu todo o processo metaprojetual marcado por Deserti (2007), onde a etapa Científico-técnica (entrevistas semiestruturadas, pesquisa documental, modelos externos) corresponde à área chamada Pesquisa Contextual, e a etapa Científico-projetual (*workshop*) satisfaz às áreas de *Briefing* e Pesquisa *Blue Sky*. Ambas as etapas, no transcurso de suas atividades, desempenharam funções contributivas relativas aos objetivos da investigação, bem como forneceram um repertório de caminhos instigantes para a inovação aberta que vieram orientar uma proposta de design de serviços.

4.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Antes de passarmos à análise do material coletado, cabe uma retomada contextual referente à instituição pesquisada. O Hospital Mãe de Deus compõe uma rede hospitalar atuante no estado do Rio Grande do Sul, denominada Sistema de Saúde Mãe de Deus, cuja mantenedora (a Associação Educadora São Carlos – AESC) apresenta-se como uma entidade de caráter beneficente e finaltrópico (SSMD, 2012). Atualmente, o Hospital Mãe de Deus apresenta uma estrutura organizacional com setores que compreendem uma grande área voltada à assistência dos pacientes, considerada atividade-fim, que corresponde às atividades médicas propriamente ditas; e outra grande área responsável pelas atividades econômicas da instituição – identificadas como atividades-meio. Atividades econômicas, de maneira ampla, referem-se às áreas financeira, de recursos humanos, marketing, enfermagem e todas aquelas que fornecem suporte e apoio direto e indireto à prática atividade-fim.

Uma vez descrito o contexto de atuação da pesquisa, avançaremos na análise das entrevistas de maneira pontual. Conforme descrito no capítulo de metodologia deste trabalho, as entrevistas buscaram compreender os significados que os entrevistados atribuem a questões referentes ao problema da investigação que não tenham sido estruturados na pesquisa bibliográfica ou documental. Neste caminho, as entrevistas com um quadro formado por áreas e responsabilidades tão distintas revelaram dimensões para o problema que, de início, não haviam sido reveladas. A primeira diz respeito ao papel do médico, por muitos entrevistados definido como “estratégico” no ambiente hospitalar. Consecutivamente, a segunda dimensão de análise apresenta o modelo de gestão do corpo clínico do hospital, descrito como uma forma administrativa de organização sem referências no cenário hospitalar nacional, mas que se mantém baseada – segundo a instituição – nos princípios médicos. A terceira dimensão revela o olhar estratégico da instituição para a necessidade de aproximar as duas dimensões anteriores, ao passo que assume a carência de uma estrutura interna consolidada para suportar esse relacionamento.

Todas essas grandezas, de acordo com a coleta de dados realizada, mantém entre si uma estreita relação que favorece o conceito de como a instituição entende e conduz projetos de inovação de caráter aberto voltados a serviços, especialmente quando envolvem processos de relacionamento da instituição com os médicos.

4.1.1 O papel do médico

Aos olhos da instituição, seu relacionamento com os médicos constitui-se um serviço pouco desenvolvido, carente de um olhar inovador, que mire objetivamente em alcançar maior vantagem competitiva pela diferenciação, conforme prognósticos de Tidd, Pavitt e Bessant (2008). Há um empenho da empresa – como veremos à frente – em dar espaço à inovação, e o design é visto como um caminho propício.

A saída a campo – etapa fundamental num procedimento qualitativo, com todos os seus desdobramentos de coleta, levantamento e análise – indicou que o médico é um profissional que detém um conhecimento externo ao hospital, colocado a serviço dessa instituição. Pelo modelo tradicional de trabalho estabelecido com os hospitais, o médico desfruta de liberdade de escolha para que possa decidir onde aplicar seus conhecimentos e é comum não ter vínculos empregatícios com hospitais. A figura do médico ocupa lugar central no ambiente hospitalar, e isso é relatado por vários entrevistados. Segundo um deles, “médicos são responsáveis pelo sucesso do negócio” e esse entendimento é comum a todos os níveis hierárquicos. Sem médicos, não há hospitais.

A visão de que o médico não é um cliente, mas um parceiro estratégico da instituição hospitalar está estabelecida e é compartilhada de maneira uniforme. Cliente é o paciente, o usuário, aquele para quem o hospital presta serviços de saúde, a razão da existência dessa instituição. Segundo um dos entrevistados, tal definição é fundamental para que não ocorra uma “miopia estratégica”, concedendo maior atenção para quem não é cliente de fato, pois, conforme outro entrevistado, “o hospital não existe prá médicos, mas para atender aos pacientes”.

Desta forma, foi possível extrair das conversas abertas que o médico é um elemento altamente estratégico na dinâmica do hospital, sendo apresentadas algumas razões fundamentais para esse entendimento. A primeira delas refere-se ao fato de que o médico é alguém desejado pelo cliente que busca soluções em saúde. De maneira geral, não se busca o hospital, mas o profissional. Isso confere poder ao médico na relação que estabelece com a instituição, situação que historicamente já encontrava apoio na circunstância de que, tradicionalmente, muitos hospitais semelhantes aos associados da Associação Nacional de Hospitais Privados¹⁸ consideravam o médico como responsável por encaminhar os pacientes

¹⁸ A Associação Nacional de Hospitais Privados, ANAHP, surgiu em 2001 pelo compromisso de cooperação inter-hospitalar, com a finalidade de garantir a excelência dos serviços, a liderança do mercado e a melhoria dos resultados (Silva, in ANAHP, 2008).

para a utilização de suas dependências e serviços (Silva, in ANAHP, 2008). Segundo um entrevistado, “é ele que o cliente busca, ele tem aquilo que o cliente quer. E quem tem isso, em qualquer lugar é poderoso”.

Outra razão que descreve a importância estratégica do médico para o hospital baseia-se na compreensão de que é o médico quem determina a utilização da maioria dos recursos relacionados à assistência hospitalar. É a partir da prescrição médica que a maioria dos demais processos é desencadeada (Silva, in ANAHP, 2008), bem como é ele quem gera a receita do hospital pela capacidade que tem de trazer clientes para a instituição. O relato abaixo contribui para esclarecer este ponto:

Se o médico não mandar nenhum paciente para o hospital, não há receita. E quando traz e manda internar, ele diz o que deve ser feito. É ele quem movimentava toda a atividade-fim¹⁹, gerando custos e receitas.” (...) “O ambiente hospitalar é a relação de um modelo assistencial e de um modelo econômico. Ao prescrever (modelo assistencial), o médico determina o modelo econômico.

O terceiro fator determinante é sua autoridade legal exclusiva. A figura do diretor técnico do hospital – necessariamente um médico, também dito diretor médico –, bem como o próprio hospital, mantém-se subordinada legalmente ao Conselho Federal de Medicina, e precisa obedecer ao Código de Ética Médica. Ele não pode ser substituído por profissional de outra área – um enfermeiro, por exemplo – na execução e operacionalização dos procedimentos da medicina. “Legalmente, só o médico pode fazer isso. E é bom que quem não é médico não faça isso”. A não observância destes preceitos ocasionaria conflitos éticos e legais para a instituição, e é explicada tecnicamente por um dos entrevistados no trecho a seguir:

Médicos e hospital têm de obedecer ao que está no manual técnico-disciplinar, que orienta todo o funcionamento de uma estrutura médica, inclusive assuntos a serem divulgados pelos médicos – ou pela instituição, mas que tenham uma anuência dos médicos – são regidos por legislação específica.

¹⁹ O Hospital Mãe de Deus definiu a assistência médico-hospitalar como sua atividade-fim.

É o diretor médico que responde pelas questões de funcionamento da estrutura médica de um hospital. Em outra ótica, é a estrutura médica do hospital que é reconhecida junto ao Conselho Federal de Medicina – e não a estrutura administrativa – para efeitos de responsabilidade e punições técnicas.

Para a instituição Hospital Mãe de Deus enquanto empresa que conduz um negócio, há uma visão esclarecida acerca do papel do médico. Ele é um profissional que usa a estrutura do hospital para prestar serviços a clientes comuns às duas partes, e que exerce grande influência na relação que estabelece com essa instituição. Na visão desta organização, os médicos precisam garantir intervenções seguras e de qualidade junto aos pacientes, enquanto contam com a segurança garantida pela instituição no que se chama “vigilância ao paciente”. Nos casos em que o médico não puder fazer a intervenção, a estrutura do hospital apresentará as condições necessárias para fazê-la pelo médico, garantindo a segurança e, num processo posterior, a vigilância.

Por isso, é igualmente estratégico que o médico receba uma atenção especial. Segundo depoimento,

Numa empresa que tem um profissional que é quem o cliente quer, que gera a receita e o custo e só ele pode fazer isso, é no mínimo uma questão de inteligência estratégica olhar para esse profissional de forma diferente.

Sob esse mesmo ponto de vista, o médico é um profissional que peculiarmente se diferencia de outros tantos porque pode escolher aonde quer trabalhar. Em outros termos, ele pode dizer aonde quer fazer os procedimentos necessários a cada paciente, e isso cria uma relação de dependência do hospital para com ele, pois, conforme mencionado, o médico atrai o cliente para si e o conduz à instituição de sua (do médico) preferência. A análise dessa relação entre hospital e médicos, de acordo com a coleta de campo, precisa ser feita sob o ponto de vista estratégico da instituição. Não devem ser trazidos para discussão aspectos humanos do médico, pois não se trata de uma análise emocional. “Estamos falando de aspectos estratégicos no negócio hospital”.

A este modelo de atuação profissional consolidado que ultrapassa gerações, em que o médico aplica seu conhecimento para solucionar problemas individuais de pacientes – usuários –, sem que seja necessário um vínculo caracterizado por uma relação entre empregado e empregador com o hospital, entendemos ser possível associar o conceito de *open*

innovation, em que a empresa comercializa (troca) suas próprias ideias e as inovações de outras organizações e procura maneiras de levar suas ideias internas para o mercado, implantando percursos fora do seu negócio atual, conforme diz Chesbrough (2003a). A empresa de saúde paga pelo conhecimento dominado pelo médico, e este traz suas ideias e processos para dentro da instituição, colaborando para que projetos de melhoria e desenvolvimento da assistência ao paciente sejam desenvolvidos – além de gerar receita para a sustentação da empresa; no caminho inverso, a instituição hospitalar coloca no mercado suas ideias internas – que podem ser relacionadas a condições tecnológicas de trabalho, possibilidades de desenvolvimento profissional ou o poder de captar clientes para o médico, através de seu posicionamento de marca no mercado.

Se inovação é uma questão diretamente relacionada ao conhecimento e à mudança, conforme apontam Tidd, Pavitt e Bessant (2008), e se, de acordo com Terra (2007), é cada dia mais comum que a inovação se desenvolva não pelo trabalho individual, mas pela colaboração (interna e externa) de grupos diferentes que combinam suas habilidades, podemos perceber a presença e atuação dos médicos como agentes potenciais de projetos inovadores dentro do hospital, aplicando seu conhecimento e provocando mudanças em processos operacionais e de gestão, em produtos e serviços, em contextos e em modelos mentais de uma organização hospitalar. A instituição hospitalar, de seu lado, abre espaço para que inovações sejam desenvolvidas por esses agentes externos. Conforme Chesbrough (2010²⁰), a organização pode ser inovadora a partir da pesquisa que vem de fora, para ser desenvolvida e aplicada dentro da organização.

Para Chesbrough, “o conhecimento também muda de lugar” e a mobilidade dos “trabalhadores do conhecimento” foi um dos cinco principais fatores que motivaram a mudança do cenário da inovação, passando de um modelo fechado para um sistema aberto (Chesbrough, 2010²¹). Não nos parece adequado distanciar os médicos do conceito de trabalhadores do conhecimento, conforme nomeia o autor, pois se trata de profissionais que vendem seus conhecimentos a uma organização sem que seja necessário estarem permanentemente internos a elas, fazendo suas soluções funcionar tecnicamente.

No entanto, podemos perceber que ainda está latente um vasto campo de trabalho para que projetos de cunho inovador sejam desenvolvidos pela instituição junto aos médicos. Segundo Tidd, Pavitt e Bessant, *innovare* significa “fazer algo novo” e “inovação é um processo de fazer de uma oportunidade uma nova ideia e de colocá-la em uso da maneira mais

²⁰ Op. cit.

²¹ Op. cit.

ampla possível” (TIDD; PAVITT; BESSANT, 2008). Neste aspecto, a relação institucional com os médicos – e, especialmente, a intenção dos médicos se relacionarem com a instituição de saúde – pode ser desenvolvida para que represente um serviço de apoio indireto à atividade-fim do hospital, de maneira inovadora.

Para o Hospital Mãe de Deus, parece ainda não estar formalizada uma definição sobre inovação, embora haja consenso interno de que essa é uma instituição inovadora. As variações apresentadas parecem estar atreladas à área de atuação e responsabilidade do entrevistado dentro da empresa, o que não invalida o interesse demonstrado pela instituição por desenvolver projetos inovadores e por posicionar-se mercadologicamente como tal. São várias as definições fornecidas pelos entrevistados:

Inovação é aquilo que sai do campo do paradigma, ou seja, muitas vezes a inovação é rejeitada pelo próprio campo. No sentido estrito, é tão original que não é aceita pelo próprio campo científico. O que fazemos (no Hospital Mãe de Deus), que é mais comum, é inovação incremental, fazendo melhorias no processo, o que não deixa de ser uma inovação. (...) O que acho que acontece é que se amplia demais o conceito de inovação e se perde a noção. (...) É completamente diferente para uma empresa – especialmente uma inovadora – o processo de melhoria contínua de produto/processo de um processo de desenvolvimento de novos produtos/processos, e isso se confunde na discussão das empresas.

... é a capacidade de olhar para problemas e necessidades com uma perspectiva diferente e começar a ver qual a necessidade real para solucionar um problema. Inovação não parte dos meios, mas da finalidade. A inovação entra nisso a partir do momento que não se segue os meios tradicionais e que tenha espaço para experimentar e trazer um conceito/modelo/ferramenta totalmente diferente ao que foi visto antes.

Não é invenção, não é inventar alguma coisa sem valor comercial, ou que não agregue valor à atividade. É uma melhoria, mas vai além, porque agrega valor. Pode ser um pequeno ajuste – melhoria – ou algo drástico – inovação –, executar o processo de maneira diferente agregando valor pro cliente, pra organização, pros *stakeholders*. Pode-se estar gerando valor – reduzindo custo pra operação – sem afetar o cliente. É uma invenção que agrega valor pros *stakeholders*.

... é a capacidade de oferecer, através de um novo processo de produção, um produto ou serviço novo, não existente, capaz de atender melhor às necessidades de clientes. (...) Porque outra dificuldade do setor saúde é que fica fazendo os mesmos processos por muito tempo. Parte do princípio de que as pessoas têm de se adaptar ao que o hospital oferece.

... é fazer alguma coisa de um modo diferente, mesmo já existente – nada se cria –, com algum valor agregado ou com uma proposta diferente.

... é o processo que cria um novo conceito de fazer gestão e que permite, acima de tudo, a experiência de como fazer gestão de todas as informações, das pessoas que trabalham contigo, e trazer isso pro foco do teu negócio, ajudando a ser competitivo, a ser diferenciado, resolver coisas de forma diferente da que os outros resolvem. (...) Eu acho que a inovação é uma forma moderna de se fazer gestão. (...) A inovação é um processo mais democrático de aprendizado pessoal e institucional.

... capacidade de uma instituição de quebrar determinados paradigmas, que podem parecer impossíveis e que trancam a evolução das pessoas e das instituições.

... uma ideia, sugestão, crítica, algo que mude um processo, uma situação e que contribua, que tenha um objetivo de contribuir. Inovação tem a ver com mudança e tem de trazer alguma contribuição para aquele local em que está inserido: um departamento, um setor, um processo, etc.

A definição pouco ou nada formalizada do que é inovação para o Hospital Mãe de Deus não invalida seu discurso de que cada médico precisa ser inovador em sua atuação dentro da instituição. De acordo com um dos entrevistados,

Os médicos das unidades assistenciais têm a responsabilidade de inovar neste cuidado integral aos pacientes. Esta inovação tem um cunho mais técnico, para promover mais segurança, menos risco e mais qualidade de assistência.

A visão empresarial que a instituição tem sobre os profissionais médicos avança pela escolha do hospital para onde o médico irá conduzir seus clientes, e aborda a questão de como gerar, de forma inovadora, fidelização desse profissional junto à instituição hospitalar. Historicamente, mesmo os médicos que compunham as unidades fechadas, como serviços de diagnósticos, pronto-atendimento e unidades de terapia intensiva (UTIs), mantinham-se distantes da realidade e dos dilemas da instituição, que basicamente diziam respeito ao controle de despesas, acesso indiscriminado à tecnologia e à administração econômico-financeira da organização (Silva, in ANAHP, 2008). Isso teria um impacto direto no comportamento infiel desses profissionais com relação às instituições de saúde e, conseqüentemente, na relação de dependência a que estariam submetidos os hospitais.

A partir deste entendimento, o médico passa a ser também alvo de um esforço estratégico da instituição para ser compreendido. Mais especificamente, para serem compreendidos os motivos de escolha desses profissionais por determinados hospitais, conforme disse um entrevistado: “O médico não é infiel por natureza, os sistemas (de relacionamento entre hospitais e médicos) que foram criados é que o fizeram passar a agir assim”.

A decisão estratégica do Hospital Mãe de Deus para tornar o médico “institucionalizado” personifica-se principalmente no esforço de estruturação de seu corpo clínico, que não deve ser confundido com o corpo assistencial²². Segundo Kaemmerer (in ANAHP 2008), um hospital tem de ter um corpo clínico e um corpo assistencial estruturados para ser competitivo nesse mercado. Um hospital – enquanto empresa que provê a assistência médica – que busca a perenidade não deve ignorar a decisão estratégica de estruturar seu corpo clínico, implantando formas inovadoras de relacionamento e gestão desse conjunto de profissionais.

De acordo com a Kaemmerer, no entanto, os médicos tradicionalmente têm se posicionado à margem das regras do mundo econômico-financeiro (in ANAHP, 2008). Isso seria um dificultador para a implementação de projetos inovadores de estruturação do corpo clínico com vistas à auto-sustentabilidade da assistência à saúde. Os seguintes depoimentos dos entrevistados ilustram esta visão:

²² O corpo clínico é o conjunto dos médicos que atuam de modo permanente e regular numa instituição de assistência médica. O corpo assistencial se refere ao conjunto de profissionais – inclusive médicos – que trabalham dando assistência: enfermeiros, bioquímicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, etc. (Kaemmerer, in ANAHP, 2008).

... médicos não gostam de ser avaliados em sua *performance*. Isso atrapalha o relacionamento.

Médicos são refratários à aplicação ortodoxa da metodologia. Não funciona treinar ou explicar a metodologia para os médicos. O que o hospital (Mãe de Deus) faz é aproximar-se, relacionar-se com os médicos e ‘trocar’ com eles o que entendem e como pode ser feito para cuidar melhor do paciente, para ganhar mais clientes, satisfação de clientes.

A competência e a confiabilidade que os hospitais brasileiros esperam dominar em sua operação médico-assistencial estariam comprometidas pelo modelo de relacionamento com os médicos, caracterizados – estes médicos – por exercerem uma atividade excessivamente informal, uma autonomia autoconcedida, pouco ou nenhum compromisso com resultados e grande resistência a processos que prevejam avaliação do desempenho, conforme registra Kaemmerer (in ANAHP, 2008) em documento analisado em nossa pesquisa de campo. Por esses motivos, de uma maneira geral, o profissional médico não estaria pronto para assumir um papel de condução do negócio, de condução de um sistema de saúde, “de um sistema de conceito simples de ‘como se cuida melhor dos pacientes’”, nas palavras de um entrevistado.

O papel estratégico do médico para a instituição, visto desta forma, aliado às suas características de atuação profissional desvinculada de organizações complexas, tal qual um hospital, permitem-nos perceber que o Hospital Mãe de Deus se utiliza, ao menos parcialmente, de práticas de inovação aberta na medida em que comercializa a pesquisa e o conhecimento detidos pelos médicos, ao mesmo tempo em que lhes oferece condições técnicas para uma prestação de seus serviços especializada. Em outros termos, o hospital joga Poker e também Xadrez, segundo analogia de Chesbrough (2003b), identificando, conectando-se, colaborando e formando redes com pessoas inteligentes que estão do lado de fora da instituição, nas palavras de Fredberg, Elmquist e Ollila (2008). Tais percepções abrem possibilidades para que a instituição declare métodos formalizados ou sistematize suas práticas de inovação para promover ou facilitar o relacionamento dos médicos com a instituição.

Estes seriam aspectos com implicações diretas ao nosso estudo, que busca avaliar a participação da inovação aberta em projetos de design estratégico voltados a serviços. Neste conceito, os médicos que assumem alguma posição de liderança junto às unidades

assistenciais do Hospital Mãe de Deus têm a responsabilidade de inovar no cuidado integral aos pacientes. Esta meta ou compromisso de inovação, mesmo apresentando “um cunho mais técnico”, conforme depoimento, estaria desdobrada também às áreas não médicas, que precisam garantir os recursos para o processo junto ao paciente, pois “ninguém das áreas administrativas deveria estar no hospital com conceito diferente do que atendendo a pacientes, mesmo que indiretamente”.

É plenamente disseminado entre as áreas observadas do Hospital Mãe de Deus o entendimento de que o médico não é e nem deve ser tratado como um cliente, mas sim como um parceiro estratégico que precisa ser mais bem valorizado para que a relação entre ele e a instituição se fortaleça. Dessa maneira, a institucionalização dos médicos é um projeto de inovação dessa instituição que aposta na gestão do corpo clínico como seu principal vetor de mudança, onde “o médico tem de ser ainda mais parceiro do hospital, mas que veja vantagens de trabalhar aqui”. O relato a seguir apresenta de forma clara essa visão:

Como o médico trabalha de forma dispersa, é preciso ensiná-lo a perceber que o hospital tem uma estrutura preparada para dar a resposta a todos os fatores de escolha dele.

Assim, a figura do médico cumpre um importante papel como parte de um sistema complexo, carente de mecanismos de relacionamento aprimorados, e que “necessita de compromisso de todos os setores; o médico é o elo entre todos os setores”. O Hospital Mãe de Deus, ao decidir desenvolver um projeto de fidelização com os médicos, encontra na própria instituição – embora de forma ainda assistemática – características da *open innovation* que auxiliam suas iniciativas inovadoras. Faz-se presente a noção de que o relacionamento da instituição com os médicos é limitado, inexistindo um canal de comunicação formalizado entre ambos. A partir dessa consciência, surge uma intenção manifestada pelas áreas de liderança de projetar pela ótica do design um novo serviço que possa aproximar o corpo clínico das atividades de gestão do hospital, fornecendo-lhe responsabilidades e recompensas por resultados alcançados.

Como pontos mais relevantes desta dimensão denominada “o papel do médico” para o projeto resultante desta dissertação, destacamos o olhar da instituição para esse profissional como alguém que preenche um espaço estratégico no negócio, e cuja ausência poderia ser descrita como “falha no sistema”, impedindo quaisquer avanços ou continuidade das

operações vitais de assistência ao paciente e de viabilidade econômica da instituição. O médico reúne em si vantagens competitivas que são perseguidas pela instituição, na medida em que representam seu poder frente a toda e qualquer instituição hospitalar com quem venha a se relacionar. Tais vantagens – inerentes à qualidade do profissional médico – dizem respeito a: 1) o que o médico significa para o cliente do hospital: solução, segurança, ele tem o que o cliente quer; 2) o médico determina a utilização da maioria dos recursos de uma organização hospitalar, pois traz receita ao internar pacientes, e desencadeia processos que representarão os custos dessa empresa; 3) só o médico pode exercer tal função, mantendo a instituição subordinada legalmente à sua prática e a sua autoridade. Sob estes aspectos, a instituição não vê novas possibilidades de inovação, a não ser na forma de estruturação de seu corpo clínico, que vem a refletir-se em novas formas de relacionamento e gestão. Estas, de seu lado, precisarão vencer algumas características peculiares desses profissionais no que tange ao seu tradicional distanciamento de regras econômico-financeiras e de formas de mensuração de resultado e desempenho.

A fidelização dos médicos configura-se num desafiador projeto de design que, inserido num contexto favorável de inovação aberta, pretende conferir vantagem competitiva sustentável a esta instituição hospitalar. Somado ao perfil do médico, o modelo de gestão praticado pela instituição e o relacionamento entre médicos e hospital apresentam-se como fatores determinantes para a história do projeto, e serão analisadas a seguir.

4.1.2 O modelo de gestão do Hospital Mãe de Deus

Um ambiente hospitalar – conforme mencionado – é a relação entre os modelos assistencial e econômico, em que deve prevalecer o assistencial. No que respeita à sua organização interna, a forma de fazer a administração é variável e pode ser eleita pela liderança de cada hospital. O mesmo não acontece quanto à “forma médica”, cuja organização está baseada nos princípios médicos. Segundo o relato de um entrevistado, na área da saúde e especificamente na área clínica,

O Brasil não tem uma tradição relevante de pesquisa inovadora, da criação original de novos processos, novos produtos ou reconfigurações de processos que possam garantir que exista uma produção original de conhecimento.

Em função da indústria farmacêutica e da indústria de insumos, presentes em nosso território através da atuação intensa de empresas estrangeiras, o país deixou de gerar tecnologia original na saúde. Logo, deixou também de reconhecer patentes e de assinar tratados de propriedade intelectual. No âmbito do Hospital Mãe de Deus, não há realização de pesquisas clínicas. De acordo com nossa pesquisa de campo,

O Hospital Mãe de Deus é um importante centro de pesquisa clínica, provavelmente o maior do Brasil fora do eixo SP-RJ-MG, mas não realiza pesquisa de Fase Zero ou Fase I (...) o Hospital Mãe de Deus é um dos centros de pesquisa clínica mais avançados do Brasil, mas somente participa de estudos de Fase III, Fase II (pesquisa clínica), em que não existe uma inovação real, mas sim o teste de eficiência clínica de determinados fármacos, ou de existência de riscos para o paciente, na fase final de desenvolvimento. A patente, o registro, o ganho industrial já ficou em algum outro momento e lugar desse desenvolvimento, como na Suíça, França, EUA, Inglaterra.

De acordo com Chesbrough, (2003a), o que permite que a inovação se mova mais facilmente entre a empresa e o ambiente à sua volta é a existência de uma fronteira mais “porosa” entre ambos. Para o autor, o modelo de *open innovation* – caracterizado por tal predisposição nas relações com o mercado – tem grande valor por permitir que se troquem ideias externas e internas através do seu desenvolvimento no lado de fora da empresa, mas não consente que a organização deixe de dominar o conhecimento sobre seu negócio. Não é necessário que a organização controle todas as etapas de pesquisa, desenvolvimento, aplicação e comercialização das ideias. O autor propõe que a organização pode ser inovadora com as invenções dos outros, por exemplo, ao separar a pesquisa do desenvolvimento (CHESBROUGH, 2010), tal como observado em nossa pesquisa de campo.

É importante destacar que a instituição considera que convive com uma lacuna entre ensino/pesquisa e inovação propriamente dita, nos termos de inovação clínica. O Hospital Mãe de Deus tem muito mais um caráter de reprodutor do conhecimento e testador de novas tecnologias, e comporta-se como uma organização que, de maneira sistemática e corriqueira, implementa resultados de pesquisas clínicas e o uso de novas tecnologias, sem que tenha participado do desenvolvimento dessas inovações.

Comparativamente, no que tange à inovação em termos de gestão, o Brasil faz contribuições originais no setor saúde, de acordo com o entrevistado. Parece unânime entre as

peças das áreas táticas e estratégicas abordadas que o Hospital Mãe de Deus implementa um modelo inovador de estrutura de gestão do corpo clínico, caracterizando-se como instituição inovadora em métodos, em processos e nas conexões de processos administrativos com processos assistenciais, conforme elucidada a Figura 9. Um dos entrevistados diz que

O Hospital Mãe de Deus é extremamente inovador em termos de gestão, estratégia e métodos empresariais aplicados à área da saúde – ‘economia da saúde’ – e um produtor bruto de conhecimento científico da aplicação de drogas, da pesquisa clínica, dos recursos assistenciais, com pesquisadores com renome internacional.

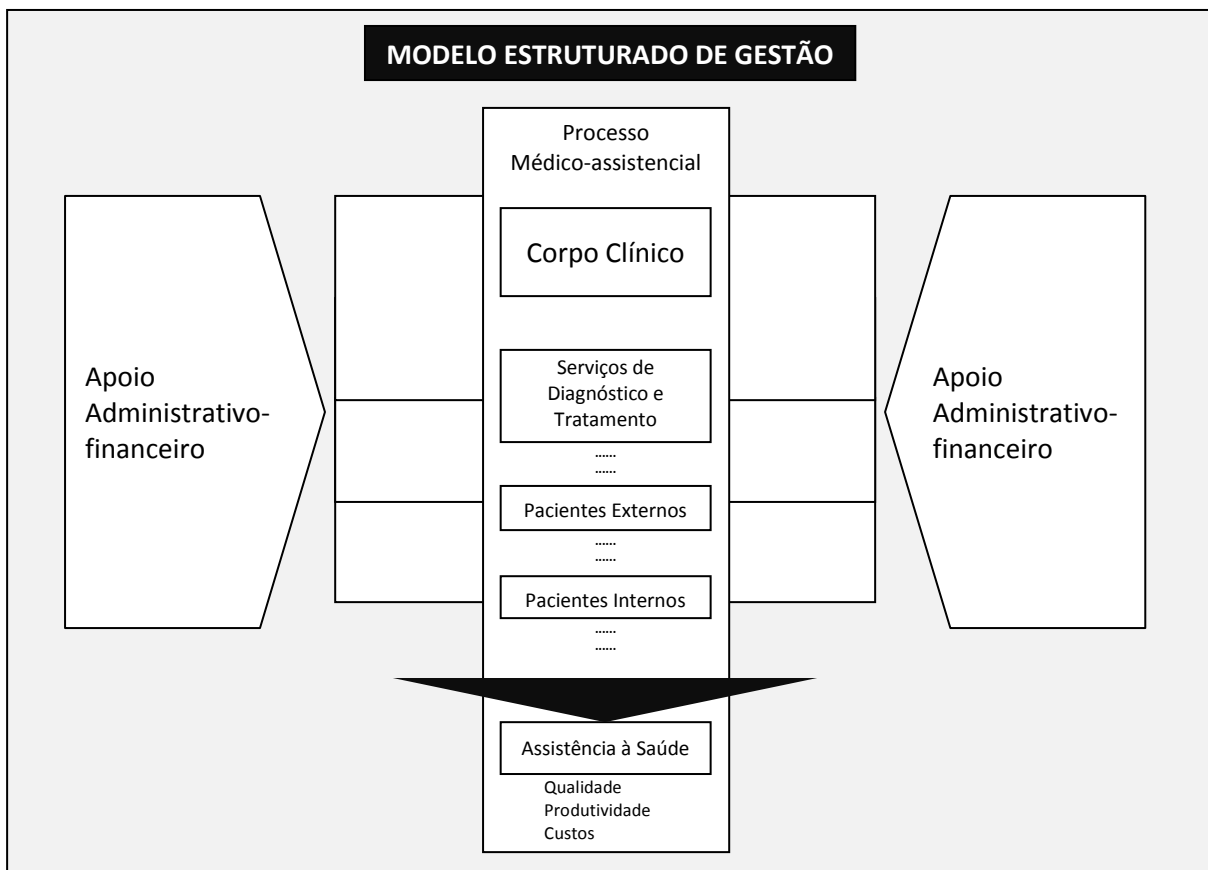


Figura 9 – Modelo estruturado de gestão do Hospital Mãe de Deus. Adaptado a partir de ANAHP, 2008.

A estruturação da área médica do Hospital Mãe de Deus é baseada em Institutos e na organização de suas Especialidades, de acordo com a Figura 10. Uma das funções basilares desses institutos é “a inovação dos processos médico-assistenciais”, segundo o entrevistado. Em outros termos, “trazer para a prática médica do Hospital Mãe de Deus o que existe de melhor no conhecimento científico desse mercado”. São os institutos que detêm a autoridade

da gestão dos assuntos de sua abrangência. “Isso é o inovador do modelo”, define outro entrevistado. Segundo ele,

Os institutos e seus líderes respondem pelos resultados do hospital. Não há líderes acima deles, nem no ‘organograma gráfico’. Se não está funcionando, o instituto e as áreas assistenciais têm de chegar a um entendimento.

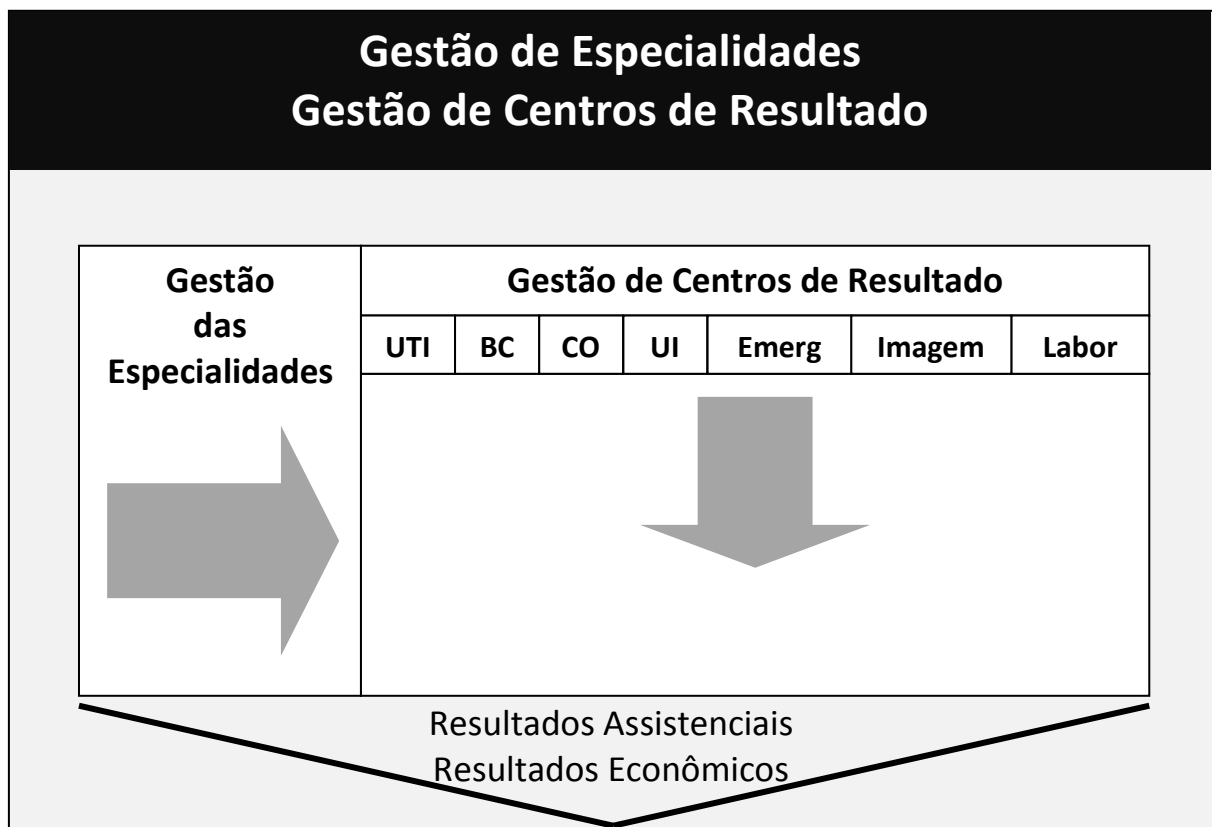


Figura 10 - Gestão de Especialidades e Gestão de Centros de Resultado. Adaptado de ANAHP, 2008.

A relação entre projetos inovadores – como é o caso do projeto de gestão do corpo clínico – com o planejamento estratégico do hospital passou a ser mais clara desde o ano de 2010, segundo entrevistados das áreas táticas e estratégicas. O Hospital Mãe de Deus tem uma estrutura matricial, onde a área de Assistência Médica dá suporte à prática médica que é desenvolvida pelos institutos e pelas especialidades – que são o Corpo Clínico e a Área Médica, respectivamente. A área de Assistência Médica, de seu lado, é apoiada pelos serviços administrativo-financeiros, conduzidos pela Superintendência Executiva.

Ao olharmos para a prática de gestão do corpo clínico dessa instituição pudemos identificar um forte viés de prestação de serviços que irão convergir na assistência ao

paciente. Não a prestação de serviços direta ao paciente – algo intrínseco à essência de um hospital –, mas uma prática de gestão médica estabelecida de forma a prestar serviços que contribuam para que o médico possa fazer uma assistência adequada aos pacientes. Em muitos setores de serviços, segundo John e Storey (1998), processos de interação são normalmente parte integrante de um serviço, e na gestão médica do Hospital Mãe de Deus a interação se concretiza com a Assistência Médica prestando seus serviços aos institutos e às especialidades, e as áreas administrativo-financeiras servindo à Assistência Médica. Para os mesmos autores, o desenvolvimento de um novo serviço geralmente é muito mais complexo, conceitualmente, que o desenvolvimento de um novo produto tangível (JOHNE; STOREY, 1998), e percebemos haver grande espaço para a construção e desenvolvimentos de projetos voltados a serviços através de uma abordagem pela ótica do design.

A preocupação com a gestão do hospital é notória entre os níveis tático e estratégico da organização, e parece mais fixado na área médica. Segundo um entrevistado,

As áreas de gestão têm evoluído intensamente no hospital. Há uma área – da Qualidade – que tem de subsidiar o hospital naquilo que necessita de suporte gerencial, metodológico, técnico de gestão.

As pessoas dessa área têm o objetivo de desenvolver formas de dar suporte para o hospital ter uma gestão contemporânea, e saber gerenciar riscos. Este fator teria uma implicação direta na “questão médica”, quer dizer, na dinâmica que envolve, numa primeira instância, a atuação do profissional médico e o tipo de suporte que será necessário dar a ele, que é responsável pelo sucesso do negócio; e, em segundo lugar, o Hospital Mãe de Deus, que tem como identidade e valor a condução médico-técnica de seu negócio. Estes aspectos dariam a indicação de que o Hospital Mãe de Deus faz sua “gestão médica”, sendo este o grande diferencial competitivo em relação às outras instituições de saúde.

O modelo de gestão médica ou gestão do corpo clínico do Hospital Mãe de Deus é inovador porque aproxima a atividade-fim das áreas de administração da empresa hospital. Conforme relata Kaemmerer (in ANAHP, 2008), mesmo diante de um posicionamento avesso dos médicos frente a assuntos relacionados à economia, finanças e administração, é bastante importante compreender que o tema saúde envolve outros tantos interesses e, ademais,

A atividade médica é um bem econômico, não existindo qualquer impedimento ético e/ou legal no zelo pelo melhor uso dos recursos que podem não só viabilizar o exercício profissional, como agregar qualidade, continuidade e auto-sustentabilidade à assistência (Kaemmerer, in ANAHP, 2008).

Através dos esforços práticos encontrados na organização do Hospital Mãe de Deus e da escassa literatura disponível, a observação realizada indicou que o modelo de gestão do Hospital Mãe de Deus é inovador em seu segmento no mercado brasileiro e, mesmo por esse motivo, de difícil aderência da parte dos médicos: “é muito difícil trazer os médicos para entenderem o modelo do Hospital Mãe de Deus, para um novo tipo de conhecimento”. A isto, resgatamos a definição de inovação dada por outro entrevistado (já citada anteriormente), que diz que “inovação é aquilo que sai do campo do paradigma, ou seja, muitas vezes a inovação é rejeitada pelo próprio campo”.

Fruto de um processo evolutivo de planejamento estratégico do ponto de vista metodológico e também no relacionamento com o corpo clínico, que parte das principais lideranças médicas, trata-se de um modelo de gestão horizontal, matricial, na linha da estrutura organizacional, onde os responsáveis por processos (de atendimento a urgência e emergência, materno infantil, cirúrgico, de clínica médica, etc.) levam essas práticas para outras áreas de outras instituições do Sistema de Saúde Mãe de Deus²³, apresentando-se como uma prática característica de um sistema de inovação aberto. O modelo envolve dois elementos fundamentais para seu funcionamento, de acordo com depoimento.

O primeiro refere-se à “característica do hospital de buscar inovação e melhoria o tempo inteiro”, primeiramente consolidado na linha da estrutura organizacional. “Esta inovação tem um cunho de gestão no atendimento”. O segundo elemento se refere às lideranças médicas correspondentes às principais especialidades. Há uma congregação de especialidades (as principais doenças) que formam uma unidade assistencial e permitem uma solução integral para o paciente. É de responsabilidade dos médicos desses grupos de unidades assistenciais inovarem no cuidado integral aos pacientes. “Esta inovação tem um cunho mais técnico, para promover mais segurança, menos risco e mais qualidade de assistência”.

Se considerarmos tudo isso como prestação de serviços, podemos avaliar que, em ambos os casos, a empresa deve considerar a natureza do conhecimento envolvido, conforme

²³ O Sistema de Saúde Mãe de Deus é composto por uma rede de hospitais públicos e privados distribuídos pelo estado do Rio Grande do Sul (SSMD, 2012).

sugerem Chesbrough e Spohrer (2006). Uma vez que atividades de gestão necessitem formalização de contextos para que possam ser postas em funcionamento – conhecimento codificado –, e que promover mais segurança, mais qualidade e menos risco aos pacientes implica maior esforço para que cada parte compreenda a necessidade e capacidade do outro – conhecimento tácito –, retomamos os citados autores, que afirmam que em serviços é sempre mais difícil criar soluções que consigam, com êxito, combinar muitas informações e a importância do saber implícito nas pessoas (CHESBROUGH; SPOHRER, 2006).

A lógica de projetos de inovação aberta, de acordo com Fredberg, Elmquist e Ollila (2008), baseia-se nos princípios da ampla distribuição das ideias; da atuação de mão dupla dos processos inovativos, ou seja, de dentro para fora e de fora para dentro (CHESBROUGH, 2003b); do acesso à propriedade intelectual externa para alimentar o próprio negócio; e da formação de redes colaborativas com pessoas talentosas. A participação da *open innovation* nos projetos que tenham interesse voltados a serviços – ao paciente, à atividade-fim, a atividades de apoio, ou à gestão – parece estar involuntariamente arraigada às atividades do Hospital Mãe de Deus, avaliando nosso levantamento de campo. Dizemos ser uma participação involuntária porque não foram identificados conhecimentos profundos do conceito e dos elementos fundamentais da inovação aberta entre os entrevistados, mas há uma intenção explícita das áreas de liderança em regularizar essas práticas, fornecendo condições para que a instituição sistematize, mantenha e aprimore as metodologias que hoje conduzem a projetos inovadores no hospital.

Várias entrevistas com os níveis tático e estratégico mencionaram a criação de um escritório de projetos, como iniciativa do modelo de gestão empregado pela instituição. Numa das definições, tal escritório terá a missão de dar suporte ao desenvolvimento da instituição, uma vez que o modelo tradicional de gestão de projetos do hospital estaria defasado. Faria isso adequando ferramentas, conceitos e sistemas de gestão, concentrando essa inteligência como um distribuidor de metodologias para as diversas áreas da organização.

O escritório de projetos, criado em 2011, de acordo com um depoimento, está ligado à área de qualidade e de organizações e métodos, e “está numa vertente de gestão de projetos, de fazer os projetos funcionarem”. Além de ser uma prática importada de outro segmento da economia – foi citada uma grande empresa do ramo siderúrgico como modelo externo –, seu conceito de distribuidor de ferramentas e metodologias emprega elementos fundamentais de inovação aberta na gestão dessa instituição de saúde. Algumas das metodologias que estão sendo incorporadas às práticas de gestão de projetos do hospital também estão sendo trazidas de fora, e a instituição vê que “essa iniciativa poderá, futuramente, evoluir para incorporar e

sistematizar mais o processo de inovação dentro do Hospital Mãe de Deus”, segundo depoimento.

A gestão do corpo clínico praticada pelo Hospital Mãe de Deus utiliza mecanismos de relacionamento com os médicos para que estes desenvolvam, de maneira inovadora, novas formas para cuidar melhor dos pacientes que estão sob o olhar desses profissionais. Segundo depoimento, a aproximação com os médicos é realizada não através de treinamentos ou explicação de metodologias tão somente, mas sim através de acompanhamentos e trocas de conhecimentos, com discussões com os médicos acerca dos objetivos a serem alcançados, de forma aberta. São valorizados os aspectos e implicações financeiras dessas ideias, estabelecendo-se pontos de mensuração de resultados e montando-se, dessa maneira, o planejamento de cada área, conforme descrição a seguir:

Aponta-se com os médicos cinco perspectivas e monta-se o mapa estratégico dessa área, feito pelo médico. Para cada objetivo estratégico, quais os indicadores de desempenho para analisar se tal especialidade está conseguindo ter a produção e a receita esperadas.

Na visão de Kaemmerer, os recursos financeiros são um marco limitador na capacidade comercial do hospital. De outro lado, os recursos humanos, científicos e tecnológicos são quase inesgotáveis. Dessa forma, “fica evidente não haver espaço para dissociar as áreas técnicas das administrativas, devendo-se atribuir a cada uma delas seu respectivo peso específico” (Kaemmerer, in ANAHP, 2008). Nesta mesma linha, os autores expressam a proposta do sistema de saúde do Hospital Mãe de Deus como “um pilar principal sustentado por uma consistente base médica como atividade-fim, apoiada por uma não menos consistente base administrativa e executiva como atividade-meio”. A Figura 11 ilustra esta descrição.

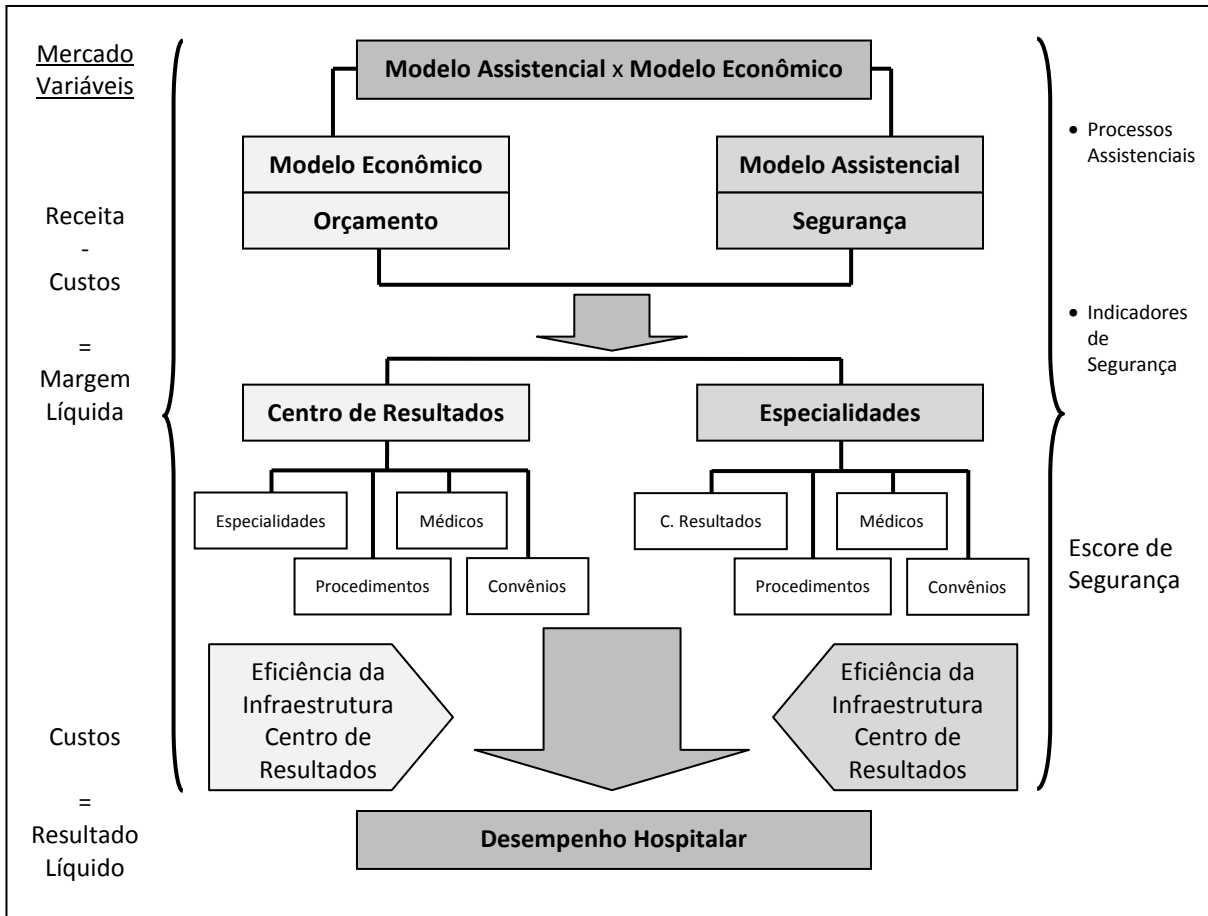


Figura 11 – Modelo Assistencial X Modelo Econômico. Adaptado a partir de ANAHP, 2008.

A política econômica de um hospital precisa ser conduzida com o olhar de quem sabe que 75% dos custos hospitalares são demandados por médicos. Segundo Kaemmerer, precisa haver a consciência entre os profissionais médicos de que desempenho e gestão não são terminologias exclusivas da esfera econômico-financeira: “a maior razão para a deficiência do desempenho dos hospitais é a ausência de um sistema formal para monitorar o desempenho médico, identificar e corrigir os defeitos”. Com este entendimento, em 1999 o Hospital Mãe de Deus implementou reformas estruturais em sua gestão, definindo como atividade-fim a assistência médico-hospitalar. Esta atividade-fim passou a ter suporte formal das áreas-meio, bem como os recursos disponíveis e a serem disponibilizados, com o objetivo de tornar o hospital competitivo, confiável e seguro (Kaemmerer, in ANAHP, 2008). A apresentação atual da estrutura executiva do Sistema de Saúde Mãe de Deus pode ser conferida no ANEXO A deste estudo.

Para que os médicos – acostumados com desempenho da assistência médica e não tanto com os resultados de produtividade e receita de uma empresa – sintam-se mais seguros

para aderirem a esse tipo de gestão, a coleta de campo indicou ser fundamental a aplicação da metodologia junto aos médicos. Em outras palavras, “para colocar gestão na assistência, tem de ser através de metodologia aplicada”.

Nos relatos de Kaemmerer, “o atual corpo clínico do Hospital Mãe de Deus possui uma sistemática de organização que permite assegurar a continuidade das inovações obtidas com a melhoria dos processos” (in ANAHP, 2008). A instituição exibe um corpo clínico estruturado da seguinte forma:

- a) Num primeiro bloco, há um corpo clínico contratado por seleção pública, onde se encontram médicos hospitalistas, emergencistas, intensivistas e as equipes cirúrgicas, que garantem a estabilidade operacional e mantêm alto grau de desempenho e segurança assistencial. Trata-se de um grupo de médicos com titulação específica da área, que participam dos programas de treinamento e vêm assumindo progressivamente um compromisso institucional muito diferente dos assim chamados ‘plantonistas’. A redistribuição de funções contribui para eliminar a setorização dentro do hospital, gerando mais qualidade e uma fundamental mudança de cultura dentro do sistema de saúde Mãe de Deus.
- b) O segundo bloco é formado por 42 especialidades médicas e suas respectivas áreas de atuação, estruturados de acordo com resolução específica do Conselho Federal de Medicina. Os líderes destes serviços são médicos de reconhecido conceito público e acadêmico, e devem promover a harmonia nas relações institucionais pela assistência propriamente dita, pelo ensino, pela pesquisa clínica e pela cooperação com projetos sociais da instituição. As especialidades médicas mantêm contratos de gestão com o hospital, nos quais se estipulam cláusulas de compromisso, planejamento e gerenciamento com base em critérios epidemiológicos, medida do impacto das ações planejadas, utilização racional de recursos e avaliação de desempenho econômico-financeiro. Estes médicos são remunerados conforme seus resultados.
- c) O terceiro e último bloco é chamado corpo clínico flutuante, que trabalha de uma maneira própria e informal. Esse corpo clínico, entre outras características, tem frequência esporádica ao hospital, não suporta avaliação de desempenho, não demonstra interesse em fidelização aos princípios institucionais (Kaemmerer, in ANAHP, 2008). “É um modelo em extinção, cada vez mais tem menos espaço para trabalhar”.

Segundo esse autor, o esforço empregado na reestruturação do corpo clínico e no modelo de sua gestão traz a intenção de serem orientados por processos geradores de resultados que não devem ficar restritos a setores do hospital, mas também gerar impactos positivos sobre a saúde da população. Com este modelo organizacional, a instituição tem interesse em promover o “descredenciamento funcional”, e entende que os dois blocos do corpo clínico formados por médicos contratados e serviços médicos especializados estão construindo um modelo de unificação pela convergência de objetivos (Kaemmerer, in ANAHP, 2008).

Apesar desse cenário aparentemente favorável, outros passos precisam ser dados para que o modelo de gestão médica se fortaleça dentro da instituição, pois essa é uma visão que não está uniformemente clara. Segundo o entrevistado,

Há administradores que têm medo de estabelecer essa relação com os médicos porque entendem que o médico tem poder, e tentam tirar o poder deles. (...) É preciso reconhecer isso e trazer esse poder do médico para o hospital.

O descredenciamento funcional mencionado pelo autor – que expõem a experiência de implementar no Hospital Mãe de Deus, de forma pioneira, tal modelo de gestão – faz referência a estabelecer um modelo de gestão que reconheça os profissionais não por suas funções ou cargos dentro da instituição, mas pelos resultados alcançados, direta ou indiretamente, em prol da assistência médica. Para Kaemmerer, isso irá ocorrer na medida em que essa nova modalidade de trabalho – que já vem sendo experimentada junto ao corpo clínico – passe a permear todo o hospital, não somente na área técnica (in ANAHP, 2008). Este panorama, em nossa análise, apresenta-se muito promissor para que um projeto de novos serviços seja implementado dentro da instituição, demonstrando os pontos de compatibilidade existentes entre os modelos de inovação aberta e design estratégico. Para Utterback et al. (2006), se aplicarmos um novo olhar e uma nova abordagem, pelas técnicas de design, aos produtos e serviços existentes, poderemos contribuir para aumentarmos a vantagem competitiva da organização. Utterback et al. ressaltam que a inovação orientada pelo design cria produtos que carregam significados, sejam tais produtos bens, serviços ou mesmo processos.

Com referência ao formato da gestão empregada, parece consolidada entre a administração a ideia de que o modelo tem de envolver o médico. Práticas – conforme

exemplo de entrevistado – em que a instituição compra um equipamento e o destina para uso, sem consultar o médico da área, são as mais frequentes nos hospitais.

(Isso) distanciou a presença do médico dos modelos de gestão. O Hospital Mãe de Deus está fazendo um movimento contrário, chamado de “institucionalização do médico” (...) Atualmente, todas as instituições querem o médico só para elas, 100% da jornada diária.

A exemplo da escassa literatura sobre gestão do corpo clínico, as referências de mercado (modelos externos) são igualmente parcas. Segundo entrevistado,

A referência deste modelo de gestão é a Clínica Mayo, onde os médicos não se queixam da instituição, mas se sentem responsáveis por tudo o que está sendo feito. Médicos são co-partícipes da gestão e dos resultados. (...) Não há outras referências em hospitais no Brasil. Agora já existem alguns hospitais da ANAHP que procuram, considerando situações regionais, se organizar de alguma maneira. Há consenso de que os corpos clínicos têm de ser organizados, mas não há consenso de como devem fazê-lo. E com o corpo clínico desorganizado é impossível a instituição pensar em sustentabilidade.

Tal modelo de gestão exige, minimamente, que o médico tenha residência médica para trabalhar no Hospital Mãe de Deus e “os institutos médicos, que reúnem várias especialidades em comum, exigem mestrado/doutorado”. Trata-se de um modelo restritivo, mas que tem por finalidade, na visão da instituição, criar uma situação que permita ao médico trabalhar num lugar só com conforto, com tecnologia completa, instalações adequadas, possibilidades de crescimento técnico, científico, social, econômico, e que seja bem remunerado. Tal trabalho da gestão do corpo clínico é longo – conforme nossa coleta de dados, teve início em 1999 –, pois exige uma mudança de cultura. “A resistência foi grande, pois limitou o corpo clínico de 4.000 médicos para 350”. Também por isso, caracteriza-se como “completamente inovador em se tratando de um hospital privado”.

De uma maneira geral, os projetos considerados inovadores pelo Hospital Mãe de Deus – como seu modelo de gestão médica – têm um tratamento diferenciado porque na maioria dos casos é conduzido pela alta administração. Também por esse motivo, têm mais

chance de obterem sucesso, mas não parecem estar acessíveis aos níveis operacionais. Na visão de um entrevistado, “por uma questão de maturidade ainda não desceu um nível. A área de saúde ainda é atrasada no ponto de vista da gestão”.

As pessoas do Hospital Mãe de Deus entendem que trabalham numa organização que exercita a inovação, porém é carente de formalização de processos que venham a promovê-la. É uma instituição que está desperta para a inovação, que pratica a inovação, mas de forma não sistematizada. “Considero que o Hospital Mãe de Deus tem uma inquietude acerca da inovação, é uma instituição que pratica inovação, porém não existe uma sistematização dessa inovação”. O seguinte relato pode ilustrar esta visão:

Não percebo departamentos ou equipes que pratiquem a inovação de maneira estruturada e sistematizada. Entendo que quem puxa projetos inovadores é o gestor, com base nos objetivos estratégicos de sua área. Não percebo que colaboradores operacionais, que não se envolvem com a gestão da empresa, tragam ações inovadoras. Isso depende do perfil da gestão, depende do gestor instigar a equipe.

Parece haver espaço para discussão e geração de ideias nas áreas de gestão e de liderança, mas isso não é visualizado com clareza nas áreas operacionais, salvo atitudes particulares de gestores. “Existe o exercício de ouvir as pessoas e as áreas envolvidas, de maneira a levantar ideias e soluções, mas não existe uma metodologia institucional para isso acontecer, para captar uma ideia de um funcionário”. O funcionário tem liberdade para dar ideias, mas é plausível que não tenha condições e autonomia para implementá-las.

As discussões a respeito da criação de um canal interno de relacionamento direto para sugestões de funcionários – e mesmo dos médicos e clientes – são frequentes junto à diretoria, demonstrando preocupação e interesse da instituição em se cercar do talento de suas pessoas, porém parece ser um assunto discutido com mais intensidade junto à atividade-fim – ou restrito a ela –, e em bem menor grau nas áreas-meio ou de apoio. Segundo relato, “sem dúvida, é parte da estratégia do hospital contratar pessoas inovadoras, claro que há uma variação de acordo com o tempo da especialidade/área de conhecimento”.

De outra ótica, é possível observar entre gestores entrevistados uma concordância de que os processos de inovação dentro da instituição precisam ser construídos. O Hospital Mãe de Deus está num procedimento de amadurecimento da gestão de pessoas, o que significa que “não dá prá dizer que existe uma sistemática estruturada de gestão de pessoas e da formação

de indivíduos para a inovação”. É uma característica do setor de saúde conviver com necessidades crescentes e recursos limitados, o que exige uma busca constante pela inovação. “Se não buscarmos a inovação teremos sérios problemas. E essa busca está nas pessoas”. Nesta linha, percebemos uma clara implicação deste contexto no projeto a ser proposto por este estudo, tornando possível a aproximação concreta das habilidades do design com a construção de um serviço hoje inexistente.

O atual exercício do processo de inovação do Hospital Mãe de Deus é, segundo relatos, assistemático, desorganizado, intuitivo e que depende da iniciativa dos diretores. Nesta linha, além do escritório de projetos – já citado anteriormente –, são destacados como projetos inovadores a criação da Escola Superior de Saúde e a própria organização médica da instituição, baseada em institutos e na organização das especialidades. Estas iniciativas inovadoras, especialmente a gestão do corpo clínico, carregadas de características e ferramentas práticas da inovação aberta, não garantem, no entanto, uma plenitude no processo de inovação, e este entendimento parece estar sedimentado entre as lideranças. A inovação é parte das discussões cotidianas, de acordo com depoimentos, porém

... precisa criar uma cultura da inovação, e não apenas soltar métodos ou ferramentas específicas. (...) Criar um ambiente em que a cultura da organização seja aberta à inovação, predisposta a trazer o novo, a aceitar o novo, e isso é bem incorporado, embora muito assistemático. (...) O ambiente já é muito propício para a geração de ideias, porém ainda sem uma sistemática ‘empresarial’, porque hoje talvez a gente perca muita coisa, não conseguimos aproveitar ideias ou talentos em toda sua plenitude.

No estágio atual, a instituição está “construindo um desenho institucional que tem um processo forte de desenvolvimento das pessoas, através de treinamento e capacitação, e um ambiente tolerante ao processo de inovação”, mas as áreas da organização não conseguem identificar um talento e a partir daí, desenvolvê-lo, “não chegamos a esse ponto e não sei se conseguiremos chegar lá, face à rotina complexa de um hospital”, segundo depoimento. Neste sentido, “o processo de inovação deverá se dar muito mais por estresse do que por condição”.

Pudemos observar que há diálogo, há circulação e intercâmbio de informações entre as áreas horizontalmente, mas em menor intensidade na via vertical. De fato, “a direção superior da empresa está dentro da operação”, conforme relatado. No entanto, parece que tal

comportamento é diferente entre áreas que se envolvem diretamente com a gestão e áreas de apoio, conforme relato a seguir:

As pessoas não trazem ideias por não se sentirem à vontade. As três áreas – agendamento cirúrgico, diagnóstico, internação – tinham ideias e soluções para melhorar seus processos, já tinham pensado sobre esses problemas, já teriam tentado levar suas ideias à frente e não conseguiram por alguns motivos. (...) Existe o sentimento de que, se alguma ideia for comentada, ela será roubada. (...) Certamente as pessoas do operacional têm as melhores ideias. (...) Talvez se o Hospital Mãe de Deus tivesse um processo institucionalizado de como trazer e como dar retorno sobre essas ideias e projetos, o ambiente seria mais favorável.

A carência de ferramentas para incentivar e absorver as ideias das pessoas de todas as áreas marca sobremaneira a percepção que os atores dos processos internos têm da instituição, especialmente os das áreas operacionais que não têm envolvimento direto com a gestão. A compreensão de alguns funcionários entrevistados é de que “há liberdade, mas não há incentivo”. “Também não há um mecanismo que incentive a geração de ideias”, disse outro funcionário, diferentemente das áreas de gestão, que se envolvem responsabilmente com as discussões referentes ao Planejamento Estratégico. Um depoimento diz que “o planejamento estratégico está contaminado pela busca da inovação. A gestão do relacionamento com o médico é um processo de co-criação amplo, com participação ativa do usuário (o médico)”. Tal noção dos fundamentos do design enquanto processo, demonstrada pela liderança da empresa indica, em nossa análise, que esse relacionamento pode ser desenvolvido a partir de aspectos do design no contexto de inovação aberta que já se apresenta na instituição, ainda que não estruturado, além de contar com o interesse da alta direção em promover a inovação na instituição. O relacionamento com os médicos – a ser descrito e analisado a seguir – é “um assunto estratégico. Hoje o Hospital Mãe de Deus tem um olhar estratégico, mas não tem a estrutura para suportar. Ou até tem algumas estruturas espalhadas, sem perceber a importância”.

O ponto mais relevante desta dimensão denominada “o modelo de gestão do Hospital Mãe de Deus”, para este estudo, apresenta-se pelo formato inovador aplicado pela instituição para integrar a gestão administrativa à gestão de seu corpo clínico. Sua gestão, sua estratégia e a aplicação de métodos empresariais na saúde representam inovações referenciais no segmento da saúde no cenário nacional. Essa “economia da saúde” é expressa especialmente

pelos Institutos Médicos e pela organização de suas Especialidades, que têm funções fundamentais de inovar em processos médico-assistenciais. O objetivo de “trazer o médico para a gestão” compõe o primeiro passo estratégico de construir um relacionamento mais efetivo, e baseia-se na gestão do corpo clínico já estabelecida, mas ainda não plenamente desenvolvida. Dessa forma, destaca-se que a adesão dos médicos ao tipo de gestão pretendida pela instituição exige um pleno entendimento de sua liderança sobre qual profissional médico quer atrair para seu corpo clínico – e pudemos verificar tal entendimento –, de maneira que os resultados oriundos desse modelo gerem impactos positivos não somente nos setores assistenciais do hospital, mas estenda-se sobre suas áreas de apoio e também sobre a qualidade da saúde da população.

4.1.3 O relacionamento entre a instituição e os médicos

Ao analisar o relacionamento – já estabelecido e desejado – entre a instituição Hospital Mãe de Deus e seu corpo clínico – já constituído ou projetado –, teremos como pontos de referência as dimensões analisadas anteriormente, onde a integração da gestão médico-assistencial à gestão administrativa merecerá grande atenção, pois se configura como o grande diferencial de vantagem competitiva apresentado pela empresa ao mercado.

Nossa pesquisa de campo apontou que as indicações de crescimento e desenvolvimento do Hospital Mãe de Deus demonstravam que a instituição precisava crescer buscando em seu modelo de gestão médico-assistencial e de negócio as possibilidades de um novo comportamento mercadológico. Segundo Seferin e Alves da Silva, a integração das gestões foi um pilar fundamental na sustentação de tal modelo inovador.

A gestão assistencial integrada à gestão administrativa possui pontos de convergência que irão permitir alternativas de novos caminhos, mas, acima de tudo, de resultados mais satisfatórios, tanto do ponto de vista assistencial como econômico. (...) Este modelo, em nosso entendimento, possibilita maior fidelização dos clientes e dos próprios médicos (in ANAHP, 2008).

Para tais autores, a essência da gestão hospitalar está na segurança dos pacientes e nos resultados econômicos. A característica dessa relação entre médicos e administradores é que, através de um processo de mudanças, chegará aos objetivos de encontrar “novas formas de

relacionamento” que garantam a qualidade da assistência praticando-se uma boa medicina, alcançar custos compatíveis, garantir a satisfação dos usuários, propor remuneração justa pelos serviços prestados e gerar lucratividade necessária ao desenvolvimento e crescimento do setor (Seferin e Alves da Silva, in ANAHP, 2008).

A busca da instituição em desenvolver novas competências para profissionalizar essa integração de gestões recai em encontrar – e implementar – uma arquitetura estratégica, uma reconfiguração estrutural que permita e incentive novas formas de relacionamento. As lideranças do Hospital Mãe de Deus crêem que os fatores de sucesso da atividade hospitalar estão concentrados na atividade-fim, incluindo aí os aspectos assistenciais e econômicos. Desta forma, a atividade-fim (a veia assistencial da instituição hospitalar) concentra – na visão da instituição – as grandes possibilidades de soluções para os objetivos estabelecidos. De seu lado, a área administrativa encontra o alto desempenho na medida em que sustenta e garante os recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos para a atividade-fim. Daqui surge o conceito de que a gestão precisa estabelecer metas e estruturar as atividades assistenciais em centros de resultado.

No entendimento de um entrevistado, a gestão do corpo clínico nos moldes do Hospital Mãe de Deus não visa transferir responsabilidades, mas delegar. Cada médico líder das especialidades e dos institutos é, na prática, um diretor de área. Esse relacionamento da instituição com os médicos permite à Diretoria Médica tomar decisões mais qualificadas e planejar melhor a assistência. Neste conceito, conforme Seferin e Alves da Silva, o médico é o grande líder do processo, apoiado por uma completa estrutura técnica e administrativa (in ANAHP, 2008). “Isso cria no médico um alto grau de fidelização à instituição e restaura a auto-estima do profissional médico, pois está comprometido permanentemente, e não ocasionalmente”, conforme relato do entrevistado.

Parece haver um forte alinhamento entre as pessoas das áreas tática e estratégica da empresa de que a relação dos médicos com a instituição fica facilitada a partir do momento em que se tem uma definição de corpo clínico, “um conceito do tipo de médico que a instituição quer, um modelo assistencial”, nas palavras de um entrevistado, uma vez que as funções ficam mais claras e delimitadas, quebrando as estruturas verticais e horizontalizando o processo. Esse modelo de gestão, orientado pelo desenvolvimento e pela busca da melhoria do relacionamento com os médicos, limitou o corpo clínico – conforme mencionado –, que “têm compromissos com os resultados de seus institutos, de suas especialidades, com os indicadores de qualidade assistencial. São cobrados por algo que ajudaram a construir. Isso é relacionamento!”.

A integração da gestão das áreas administrativa e técnica foi a forma inovadora encontrada pela organização para aprimorar o relacionamento com os médicos. A partir daí, construiu-se um corpo clínico moldado a esse padrão, aproximando dele a instituição, de forma a envolvê-lo nas decisões que irão afetá-lo sob uma ótica “não emocional”, sem deixar de sustentar e contemplar a excelência dos serviços de saúde e possibilitando a busca permanente e sistemática da racionalização efetiva de custos. A dificuldade percebida em nossa investigação – e anunciada pela empresa – é como fazer este processo acontecer de maneira eficiente e mensurável. Segundo um entrevistado, “o Hospital Mãe de Deus tem o olhar estratégico para isso, mas não tem uma estrutura consolidada para suportar”.

Em certa medida, o relacionamento técnico (da área médica) da instituição com os médicos já está estabelecido mediante o modelo de gestão empregado, pois “as estruturas de apoio técnico e administrativo-financeiro estão dispostas na direção única de sustentar as atividades assistenciais para garantir assistência aos pacientes” (Seferin e Alves da Silva, in ANAHP, 2008). Para tanto, foram implantadas algumas decisões consideradas estratégicas pela empresa para estabelecer um relacionamento com seu corpo clínico:

- a) A área assistencial é compreendida como “centro econômico” – que não deve ser confundido com “centro financeiro” – do hospital, recebendo maior atenção e esforços de gestão. A área-fim, organizada em centros de resultados (bloco cirúrgico, unidades de internação, CTIs, serviços de imagem, etc.), ganhou gerentes específicos preparados para executar metodologias de gestão, e avaliados por indicadores;
- b) As especialidades médicas foram organizadas em serviços estruturados, passando a apresentar diferenciais de qualidade da assistência e no aumento da produtividade. A gestão dessas especialidades trabalha com metas de qualidade assistencial, metas de desenvolvimento científico, de gestão de recursos e econômicas.

Segundo tais autores,

A gestão profissionalizada dos centros de resultado e a gestão das especialidades deram uma nova dinâmica na gestão médico-assistencial e econômica, bem como mudaram substancialmente a relação entre o hospital e seus médicos (Seferin e Alves da Silva, in ANAHP, 2008).

É clara a estratégia do Hospital Mãe de Deus de “trazer o médico para a gestão”, nas palavras de um entrevistado. Um fator preponderante para estabelecer o relacionamento com o médico é fazê-lo compreender que “a gestão clínica é dele”, conforme sentenciou outro entrevistado. Para tanto, a instituição prepara os médicos oferecendo-lhes formação em assuntos relacionados à gestão através de sua Universidade Corporativa. Segundo entrevista, “a Universidade Corporativa dá 40 horas de Gestão para cada médico-gestor, para formá-lo, e (ele) recebe um *coach* interno”. Para Kaemmerer,

O desenvolvimento de recursos humanos deve estar no centro das intenções estratégicas. (...) (a Universidade Corporativa) abriga o Instituto de Ensino e Pesquisa, braço do conhecimento médico-científico e um poderoso estímulo para que os médicos estudem, ensinem e pesquisem. A Universidade Corporativa chegou para consolidar a política de desenvolvimento dos recursos humanos, base de todo o conceito de crescimento e desenvolvimento (in ANAHP, 2008).

Percebemos que o relacionamento com o corpo clínico leva em consideração a formação de médicos-gestores para atenderem ao modelo de gestão integrada, que exige em contrato que os médicos sejam avaliados nos aspectos econômico-financeiro, assistencial e de pesquisa e ensino, pois

Para fazer gestão de $\frac{3}{4}$ do dinheiro que circula num hospital, os médicos precisam estar preparados. (...) O Hospital Mãe de Deus ajuda a preparar os médicos, e vem progressivamente aumentando o aporte de recursos econômicos, financeiros, intelectuais, buscando ter o médico ideal para cumprir as funções deste sistema de gestão.

Desta forma, a gestão dos recursos humanos participa estrategicamente do desenvolvimento e prática do modelo de relacionamento com os médicos, visto por todos os entrevistados da instituição como um projeto inovador. Um exemplo aplicado desta estratégia de relacionamento com os médicos através da importância da qualificação dos recursos humanos é a criação da Escola Superior de Saúde, segundo palavras do entrevistado:

Criamos a Escola Superior de Saúde, incorporada à Universidade Corporativa, que já tinha o caráter de reprodução do conhecimento e do treinamento, mas agora deverá ter um caráter verdadeiramente de universidade, para incorporar fortemente o componente da pesquisa e da formação de cientistas.

Conforme mencionado anteriormente, a instituição posiciona-se claramente acerca da importância estratégica do médico dentro do negócio saúde, precisamente porque diz saber da autonomia e poder que esse profissional tem de escolher o hospital aonde irá realizar sua medicina. Esse poder de escolha exercido pelo médico baseia-se, segundo percepções de entrevistados, em “ser o que o cliente quer e procura”, em ter autonomia para gerar a receita e determinar os custos do hospital, e em ter a seu favor um dispositivo legal que lhe dá exclusividade para exercer a medicina, conforme já descrito na primeira dimensão de análise deste trabalho. Torna-se de fundamental importância ressaltar, dessa forma, que se trata de um trabalho de relacionamento concreto, em funcionamento, voltado ao corpo clínico que credenciado e atuante na instituição, embasado nas políticas inovadoras de gestão do corpo clínico.

A consciência sobre o trabalho necessário para construir um serviço de relacionamento mais efetivo com os médicos que não formam o corpo clínico do hospital – “o tipo de médico que a instituição quer” –, de outro lado, também é relevante, embora ainda se configure como uma meta. Mesmo enxergando tal necessidade estratégica, a instituição não dispõe de uma área ou de pessoas com responsabilidades voltadas ao relacionamento com os médicos. Segundo depoimento de um dos entrevistados,

... nunca tem ninguém que cuide do relacionamento com os médicos. Não se tem alguém que fique sistematicamente conversando e vendendo essa visão estratégica da instituição para os médicos. Daí a decisão de criar a estrutura para o relacionamento com os médicos.

O Hospital Mãe de Deus tem “uma compreensão e um desenho estratégico do relacionamento com os médicos”, mas não uma estrutura tática e operacional que suporte e dê andamento às iniciativas sinalizadas pelas áreas estratégicas. Aqui coexiste a aspiração da empresa – com implicação direta ao nosso projeto – em desenvolver, através do design, um serviço que permita, nas palavras de Zurlo, “ativar a ação estratégica nas estruturas

organizacionais”, e cuja capacidade tenha relação direta com “criar significado”, própria do design (ZURLO, 2010). Simultaneamente, o design de serviços, segundo Mager (2007), aponta a possibilidade de projetar condições para que a experiência com esse serviço se concretize, o que representaria uma aderência-chave com nossa proposta e com o interesse da instituição.

Nos últimos anos, a empresa desenvolveu uma iniciativa chamada Programa Médicos Mãe de Deus, voltada a construir uma forma de relacionamento com médicos, atrelada ao modelo de gestão com o corpo clínico já implantado e em desenvolvimento. Na explicação dada por um dos entrevistados, e ilustradas pela Figura 12, trata-se de um espaço físico

... com várias finalidades para os médicos: estudar, acessar artigos científicos via web, fazer reunião, descansar, informação/notícias, alimentação/lanche, reclamação, crítica direta junto à Diretoria Médica. Isso (o Programa) desarmou a rádio corredor e as queixas no bar.



Figura 12 – Painel de comunicação interna e espaço físico do Programa Médicos Mãe de Deus (outras imagens ilustrativas podem ser encontradas no Apêndice D)

O Programa Médicos Mãe de Deus foi projetado para circundar todo o modelo de gestão e a estrutura do hospital. Segundo registrado por Seferin e Alves da Silva,

... com o objetivo de trabalhar próximo aos médicos, o hospital criou o Programa Médicos Mãe de Deus, cujo posicionamento estratégico é valorizar o médico como parte fundamental do Sistema de Saúde Mãe de Deus, por meio de ações internas que possibilitem maior satisfação e realização dos médicos e mercadológicas, que ampliem os segmentos de atuação para o sistema e para os médicos (in ANAHP, 2008).

Segundo relatos de entrevistado, o Diretor Médico Científico encontra-se presencialmente entre o corpo clínico (na sala do Programa Médicos Mãe de Deus) ou no bloco cirúrgico operando, o que lhe confere autoridade técnica. Este mesmo gestor faz consultorias médicas na sua especialidade nesse escritório, orienta os médicos quando têm alguma dificuldade para manuseio de diagnóstico, tratamento, discussão de casos e participa de todas as reuniões científicas. Para esse entrevistado, “isto é relacionamento!”.

Mesmo projetando e conduzindo iniciativas como a do Programa Médicos Mãe de Deus, o conceito de relacionamento com o corpo de médicos não é uniformemente compartilhado por todos os gestores, tanto de áreas estratégicas quando táticas. Para a área técnico-científica, o relacionamento com os médicos já acontece através da proximidade entre as pessoas, num espaço comum, onde a instituição oferece aos médicos condições materiais de acesso ao conhecimento, alimentação, informação, descanso, discussão, críticas e esclarecimentos. Esta iniciativa, no entanto, não consegue ser eficiente com os médicos que ainda não aderiram ao modelo de gestão clínica e, portanto, não estão credenciados aos institutos médicos do hospital.

Pela importância estratégica do relacionamento dos médicos com os hospitais, a instituição optou por criar uma área específica para desenvolver o relacionamento com médicos, que deverá ficar situada junto ao departamento de marketing, ligada estruturalmente à área de gestão administrativa. Esta reestruturação do setor de marketing também deverá permitir desenvolver o relacionamento com mercados e com clientes, além de prever “uma área de ‘design de produtos’, porque os hospitais, embora não gostem de fazer muita referência a isso, vendem cirurgias, partos, exames, internações, vendem consultas médicas”, nas palavras de um entrevistado. A estratégia de ter uma estrutura que propicie de maneira ativa o relacionamento com seus principais atores, inclusive com o médico de fora da

instituição, transcende o conceito de relacionamento praticado pelo programa de relacionamento hoje existente.

Embora tenha sido projetado para ser mais do que um espaço físico, mas uma atitude da instituição frente à necessidade de aproximação de suas gestões assistencial e administrativa, o Programa Médicos Mãe de Deus ficou enfraquecido ao decorrer do tempo. Na visão de um entrevistado,

O ‘projeto Médicos’ começou atraente, mas estava focado em amenidades. Se perdeu porque ficou só nisso, os médicos voltaram a debater questões mais importantes para eles: qualidade dos serviços que ele tem dentro do hospital, qualidade assistencial, se é próximo de casa, se é influenciado por outros colegas.

Trata-se de um projeto inerente à estratégia de gestão da organização hospitalar. No entanto, por sua natureza inovadora, ainda exige amadurecimento de conceitos. O hospital ainda discute internamente sobre o que vem a ser “relacionamento com médicos”. “Os níveis de compreensão sobre o assunto são diferentes entre as áreas do hospital”, de acordo com entrevistado. “O projeto de relacionamento Médicos Mãe de Deus não é uma questão de fidelização; precisa entender o conceito (do modelo de gestão do hospital), e é uma responsabilidade de Diretoria Médica”.

Um dos entendimentos sobre relacionamento entre instituição e médicos, coletado em pesquisa de campo, diz que a forma não pode estar baseada ou restrita a benefícios e serviços pessoais ao médico, como “estacionamento, sanduíche, etc.”. Antes disso, será preciso responder à pergunta “por que os médicos escolhem o hospital?” e então, num processo de aprendizagem – que igualmente necessita de construção –, projetar a forma de atuação. “Aprendendo com isso (por que os médicos escolhem o hospital?) fica mais fácil montar o design estratégico”, segundo depoimento.

Para o hospital, as razões de escolha do médico acerca do hospital onde pretende atuar eventual ou frequentemente certamente serão variadas, cuja importância estará relacionada aos interesses profissionais e pessoais de cada um. Um fator de complexidade, apresentado por um entrevistado, é que

... os hospitais não conseguem separar essas razões e confundem o que entendem que é sua obrigação – e que não necessariamente está relacionado ao médico – com

coisas muito elementares. Os médicos percebem como diferenciais, mas não necessariamente serão fatores de decisão em sua escolha.

Nesta lógica, foram apresentados em entrevistas alguns grupos de fatores que levam o médico a decidir onde trabalhar. Não são fatores testados e comprovados, mas sim fruto de observação dos gestores junto aos seus corpos clínicos desde 1999, quando do início dos trabalhos de implantação da estrutura de gestão integrada.

O primeiro grupo de fatores envolve as condições de trabalho que os médicos buscam e de fato encontram nos hospitais. Trata-se de uma área muito ampla e envolve, sinteticamente, a segurança esperada pelos médicos ao exercerem suas funções profissionais. Neste aspecto, seriam avaliados pelo médico condições a serem oferecidas pelo hospital: a melhor tecnologia, com as melhores UTIs, para garantir a qualidade da assistência ao seu paciente; presença de outras especialidades, com os melhores profissionais, para apoiar a assistência da especialidade do médico; um time de enfermagem do mais alto nível; existência de profissionais de outras áreas, como nutricionistas, farmacêuticos, odontólogos, para suportar o grau de exigência de seus pacientes, etc.

A segunda razão aborda assuntos relacionados à valorização e crescimento profissional do médico. Encerra questionamentos que vão além da valorização pela remuneração, e localizam-se, por exemplo, em: o que a instituição pode oferecer para ajudar o médico a se desenvolver profissionalmente; se a organização tem linhas de pesquisa e Comissão de Ética para dar seguimento e apoiar as pesquisas do médico; como o hospital identifica e apóia os esforços do médico nas apresentações em congressos e nos trabalhos científicos desenvolvidos.

A razão de escolha do médico também pode estar situada na identificação de oportunidades de realização de projetos sociais, apresentadas pela instituição. Os médicos poderiam buscar na instituição a capacidade de realizar projetos sociais que estes profissionais – por desconhecimento ou falta de tempo – não têm, e assim aderirem ao esquema profissionalizado montado pelo hospital. A remuneração também desponta como uma razão determinante para a decisão dos médicos, mas parece ter uma importância secundária. Em complemento a isso, o médico poderá vir a valorizar um apoio estruturado da instituição para, ao lado do médico, interferir nas negociações junto às operadoras de planos de saúde, ou um sistema de apoio para controle de sua contabilidade.

O poder de uma instituição de saúde em captar clientes para o médico também poderá ser considerado numa situação de escolha do médico. A instituição tem um sistema inteligente e eficaz de direcionamento de pacientes para os especialistas? A coleta de campo indicou que é interesse do médico, em primeira instância, gravitar junto a hospitais alvo de pacientes que buscam soluções para seus problemas e, em segundo lugar, apoiar-se na força da marca comercial que essas instituições têm de atrair clientes.

O último ponto de discussão levantado pela instituição refere-se ao estilo de vida desse profissional. Aqui, podem ser considerados serviços satélites destinados ao conforto pessoal desses profissionais, mas são elementos complementares. Há uma percepção de valor por parte dos médicos nestes serviços, mas em menor importância em relação às razões mencionadas anteriormente.

Este exercício desenvolvido pela instituição apresenta-se como uma personificação do olhar estratégico que detém acerca do problema “relacionamento com os médicos”, ou “institucionalização dos médicos”. A decisão incorporada pela gestão de promover uma reestruturação na área de marketing, de modo que possa dar suporte a esta nova necessidade, passa a figurar como mais um projeto de inovação desenvolvido pela empresa. Esse setor, de acordo com informações levantadas nas entrevistas, deverá ganhar uma estrutura dedicada a projetar, desenvolver e aplicar formas de relacionamento com atores envolvidos com a instituição. Entre elas, trabalhará voltado à inovação na prestação de serviços aos médicos de maneira aberta, de forma transdisciplinar com outras áreas da instituição (assistencial e administrativa). Conforme registra um dos entrevistados,

Esta nova área terá de criar mecanismos institucionais para captar e gerenciar essas informações vindas do amplo relacionamento com os médicos e transformá-las em valor para a escolha dos médicos.

A empresa atribui fundamental importância ao fato de que os médicos compreendam esse movimento e percebam valor em se servir desse conceito que o hospital faz a seu respeito. Ao compreender os benefícios – as respostas que a organização dá às suas razões de escolha –, o médico, no entendimento da instituição, passará a ter mais frequência neste hospital, convivendo com seu modelo de gestão e de relacionamento e se servindo dos valores que o hospital lhe entrega. Para um entrevistado,

Isso (viver no meio e servir-se do meio) vai lhe dando um sentido de pertencimento, de propriedade, que se dá pelo conhecimento que tem da estrutura, e que leva à fidelização. A instituição precisa fazer e explicar estes movimentos aos médicos, para que estes vão percebendo. É necessário dizer por que está fazendo os movimentos – investimentos, tecnologias, equipamentos, serviços... –, fazendo-o perceber que o interesse é melhorar as condições de trabalho, de valorização e crescimento profissional, captação de clientes, etc. Por isso, venha prá cá, trabalhe aqui, fique aqui!.

A necessidade de relacionamento do Hospital Mãe de Deus com os médicos, representada aqui como a terceira dimensão analisada a partir da coleta de campo, traz o anseio da instituição de iniciar a prática de um projeto inovador sobre o qual vem refletindo, discutindo e desenvolvendo um conceito, por entender que tal projeto poderá levar à diferenciação e à vantagem competitiva em seu segmento. Da maneira como o Hospital Mãe de Deus compartilha seu interesse neste projeto, e analisando a forma como trata projetos de inovação dentro da sua estrutura, consideramos que a instituição apresenta certas características do modelo de *open innovation* que possibilitam compatibilizar suas práticas – mesmo que ainda pouco sistematizadas – com o modelo de design estratégico para projetar um novo serviço de relacionamentos com os médicos. Há um caminho aberto, planejado estrategicamente pela organização, cujo modelo de gestão representa a base e, simultaneamente, o grande fator de mudança e diferenciação desta empresa hospitalar.

A carência de uma estrutura e de sistemas adequados para tratar a inovação constitui-se numa reflexão presente e num fator de decisão para a liderança da empresa. Tais reflexões acerca do que precisa ser realizado cumprem um papel fundamental na construção de uma cultura voltada à inovação ainda não concreta, mas idealizada. Dessa forma, os projetos de serviços de marketing – uma área de apoio – para que os médicos percebam na estrutura complexa desse hospital as condições mais favoráveis e adequadas para desempenhar suas funções técnicas de assistência ao paciente, poderão estar sustentados por tais melhorias e avanços, dando consistência aos resultados e permitindo que a lógica do design – o modelo de inovação a ser empregado na proposição destes serviços – possa encaixar-se num contexto de inovação aberta, já identificado no hospital.

Se falar em inovação é falar em mudança, conforme Tidd, Pavitt e Bessant (2008), a mudança pode ser primeiramente percebida do lado de fora da organização, prática que vem sendo demonstrada pelo Hospital Mãe de Deus – e citada anteriormente – quando direciona

seus esforços na construção ou melhoria de seu modelo de gestão do corpo clínico. Nesta mesma linha, nosso trabalho de investigação estendeu olhares para modelos externos ao ambiente de pesquisa, procurando perceber referências de modelos de relacionamento a partir de uma estrutura de marketing, cuja apresentação será realizada a seguir.

O principal ponto de relevância do relacionamento entre a instituição e os médicos aparece, primordialmente, na iniciativa de integrar a gestão assistencial à gestão administrativa. É esta decisão – e ação concreta – que permite uma maior fidelização dos médicos à instituição, ao passo que, por provocar um processo de mudança, permite apontar e implementar uma reconfiguração de sua estrutura que incentive novas formas de relacionamento. A gestão integrada concerne ao médico a liderança do processo como um todo através dos institutos e das especialidades, o que permite à Diretoria Médica da instituição planejar de forma mais consistente a assistência ao paciente. O relacionamento baseado no comprometimento permanente – não ocasional – do médico com a instituição, apoiado por uma completa estrutura de apoio técnico e administrativo, desenha um conceito de corpo clínico de acordo com o interesse da instituição – com um forte caráter assistencial – , pois limita e esclarece as funções e define compromissos claros com os resultados dos institutos, das especialidades e com indicadores de qualidade assistencial.

Também precisa ser destacado que, para “trazer o médico para a gestão”, a instituição prepara-os oferecendo-lhes formação através de sua Universidade Corporativa. Isso significa que, estrategicamente, a gestão dos recursos humanos participa do desenvolvimento e concretização desse modelo de relacionamento, pois a empresa considera que seu corpo clínico precisa estar preparado para lidar com os recursos que circulam no hospital e sobre os quais tem poder de decisão.

Como terceiro ponto mais relevante desta dimensão neste estudo, resgatamos a visão estratégica da instituição acerca da importância do relacionamento com os médicos, refletida em iniciativas como o Programa Médicos Mãe de Deus e na reestruturação de sua área de marketing, de forma que venha a favorecer tal relacionamento. Da mesma forma, vê importância fundamental em desenvolver mecanismos para atrair médicos que ainda não fazem parte de seu corpo clínico – “o tipo de médico que a instituição quer” – e, a partir de então, desenvolver um relacionamento efetivo com estes. Esta meta estratégica encontra eco nas razões de escolha do médico, fatores comportamentais dos médicos observados pela liderança da empresa desde o início do processo de implantação da gestão integrada.

4.2 DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

Na análise das dimensões apontadas na coleta de dados, buscamos tecer relações mais evidentes com os objetivos deste projeto, estabelecendo vínculos com os conceitos dos autores estudados e examinando implicações diretas e indiretas dos elementos levantados na pesquisa de campo. O problema proposto por este trabalho investigativo reverencia a contribuição da inovação aberta num projeto de design estratégico direcionado à inovação em serviços, e algumas questões foram sugeridas para nortear nossa busca nos meandros do Hospital Mãe de Deus. No que toca à inovação aberta como esteio dos projetos inovadores esboçados no ambiente do Hospital Mãe de Deus, foram identificadas algumas características próprias desse modelo de inovação que se apresentaram como impulsionadores do projeto de novos serviços orientado pelo design.

A identificação concreta, em nosso estudo, de práticas de inovação aberta em diversas áreas da instituição caracteriza-se, por si só, como o principal fator de contribuição desta disciplina para que o projeto de design estratégico do presente trabalho pudesse ser proposto. Dos cinco principais fatores, apontados por Chesbrough (2003a), que provocaram mudanças substanciais na passagem do sistema fechado de inovação para o modelo aberto, verificamos que o Hospital Mãe de Deus carrega ao menos três deles, vivenciados de maneira não formal, sem pleno domínio, mas que, não obstante isso, trabalham como condições ou qualidades capitais para permitir o avanço de iniciativas de projetos de novos serviços conduzidos pelo design estratégico.

Assim como os “trabalhadores do conhecimento” desenvolveram uma mobilidade crescente, com autonomia para comercializar seu produto junto a diferentes organizações, os médicos igualmente cumprem este papel. Seu regime de trabalho autônomo, o desejo dos clientes de que seu conhecimento seja concretizado em soluções e a exclusividade que os médicos gozam de praticar a medicina os fazem portadores de um conhecimento que muda de lugar, conforme indica Chesbrough (2003a). Simultaneamente, o conhecimento também troca de mãos a partir da procura por referências, noutras indústrias, que possam complementar um desenvolvimento de processos internos que venham contribuir para uma diferenciação competitiva. O Hospital Mãe de Deus pratica a inovação aberta ao buscar junto à indústria pesada, conforme levantamento de campo, métodos e práticas que posteriormente são usadas na construção de seu modelo de gestão integrada.

Uma segunda característica do sistema aberto de inovação que se configura numa abordagem de auxílio concreto às práticas inovadoras desse hospital, na linha do trabalho de Chesbrough, diz respeito a uma maior aproximação dessa organização da academia, que se apresenta cada vez mais capacitada e “dentro” do hospital. O projeto concretizado da Universidade Corporativa, que segundo nossa investigação poderá agregar um componente de pesquisa e de formação de cientistas, além do caráter de reprodutora do conhecimento, reforça e garante o interesse da indústria da saúde em financiar pesquisas nas universidades.

O terceiro fator de transição para o modelo de inovação aberta encontrado nessa organização demonstra-se como um fator de condição ideal para que um projeto de design possa ser concretizado nesse contexto inovador. Embora o Hospital Mãe de Deus não exerça liderança em pesquisa científica – apresenta-se tão somente como um implementador das inovações trazidas por outros países –, o faz de forma relevante na área de gestão, estratégia e métodos empresariais aplicados à área da saúde. Especialmente no que tange à gestão compartilhada, apresenta um ambiente inovador que incentiva novas experiências em outras áreas. Embora enxergue modelos externos como referências, não vê neles uma supremacia inquestionável.

A decisão da organização hospitalar em se relacionar com os médicos de maneira mais estruturada e atenta, visando adquirir mais vantagem competitiva, carrega significados que transcendem o caráter estratégico. A *open innovation* contribui de maneira quase automática com projetos planejados pela empresa, porque agrega à base tecnológica interna fontes externas em momentos distintos do projeto. Chesbrough argumenta que o processo de inovação aberta combina ideias internas e externas em arquiteturas e sistemas para criar valor (CHESBROUGH, 2003a; 2003b; 2006; 2010²⁴).

É característica da área médica ouvir e discutir posicionamentos e ideias trazidos por diversos profissionais especialistas na busca de uma nova experiência ou de uma solução para um dado problema. O Hospital Mãe de Deus incorpora esta postura, especialmente favorecida pela organização dos institutos e das especialidades médicas. Sendo assim, torna-se propício que outras áreas – áreas de apoio, atividades-meio – igualmente desenvolvam tais ferramentas práticas da inovação aberta para inovar. As fontes externas, neste projeto de institucionalização dos médicos, referem-se a modelos de relacionamento praticados em outros segmentos e ao reexame de produtos (processos, sistemas, etc.) tradicionais com o olhar e as técnicas do design (UTTERBACK et al., 2006). Pelo interesse demonstrado em

²⁴ Op. cit.

receber – e incentivar – projetos conduzidos pelo design, a empresa está caminhando para o entendimento de que o design está sendo visto cada vez mais como um ativo estratégico, o que induz acadêmicos e executivos a investigar e compreender as relações entre design e o desempenho das empresas (DELL'ERA; VERGANTI, 2006).

Verganti (2006) fala que a inovação pelo design ao estilo Milão combina os aspectos do local e do global como característica própria, e diz que a proximidade física é necessária para estreitar um relacionamento entre pessoas. Esta é uma condição – tanto no que se refere a inovações de caráter técnico (médico) quanto à meta estratégica de fidelização dos médicos pela gestão integrada – que pôde ser observado junto ao Hospital Mãe de Deus. Há uma distância saudável entre a área estratégica da instituição, seu corpo clínico, pessoal de apoio, academia e outros atores que, juntos, compõem uma comunidade local que se serve de experiências e aspectos globais externos. Essa comunidade, no entanto, não se insere completamente no discurso do design, segundo o autor, por não ter presente em seu quadro de colaboradores – e em seu pensamento estratégico – a figura de um designer (VERGANTI, 2006). Designers, lembrando Dell'Era e Verganti (2006), têm capacidade de ajudar empresas a explorar as necessidades dos clientes, considerando que neste caso os clientes estão sendo substituídos pelo público estratégico formado pelos médicos. A gestão da colaboração com designers precisa ser considerada como uma atitude estratégica da empresa.

Vários autores ((DELL'ERA; VERGANTI, 2006; UTTERBACK et al., 2006) abordam os padrões abertos e a inovação a partir de fontes abertas quando tratam da gestão do processo de design, e a aplicação de uma estratégia de inovação colaborativa que desenvolva e gerencie um portfólio de colaboradores internos e externos de maneira equilibrada configura-se no principal ponto de compatibilidade entre a inovação aberta e o design estratégico. A decisão da empresa em reformar a estrutura de marketing, para que possa contemplar com mais efetividade as responsabilidades de aproximar-se do médico e oferecer-lhe atratividade de trabalho, encontra fortaleza na visão aberta emprestada pelo modelo de *open innovation*, o que possibilita que projetos de novos serviços orientados pelo design oriundos do meio acadêmico encontrem acolhida num contexto de inovação aberta no ambiente hospitalar.

Além de buscar tecnologia avançada para sua prática médica, que se constitui simultaneamente em atender a uma das razões de escolha dos médicos apontada em nossa coleta de dados, parece-nos importante que a instituição planeje e forme uma estrutura para se beneficiar de recursos que estão cada vez mais disponíveis e abertos a todos, conforme apontam Utterback et al. (2006). Estes autores lembram que o processo de inovação tem se

consolidado pelas redes, onde a participação de usuários (pacientes), clientes, empresas de design e fornecedores (médicos) tem aumentado e ganhado importância (UTTERBACK et al., 2006). É importante ver na criação de redes de colaboração, como lembram Hagle e Brown (2006), um grande potencial para a inovação aberta, pois é concebida para tirar maior proveito das atividades de inovação que estão distribuídas entre os participantes da comunidade, além de provocar a atuação do conjunto de dispositivos institucionais a se voltarem ao objetivo estratégico.

Em se tratando dos participantes da “comunidade Mãe de Deus” como uma potencial rede de colaboração, alguns atores com responsabilidades operacionais, pelos relatos coletados, parecem estar aquém de suas potencialidades de contribuição por não haver uma estrutura processual de geração de ideias para inovação (VACCARO, SILVA, 2011), além de o modelo de gestão altamente eficaz verificado junto ao corpo clínico ainda não ter contaminado as áreas de apoio da instituição. Simultaneamente, atores externos – como os pacientes e os fornecedores da área do marketing – não são mencionados como partícipes do processo de diferenciação da empresa, mas sim como elementos isolados de um processo não integrado. Não há, concretamente, uma rede de colaboração constituída, focada na busca da inovação. A comunidade não está integrada. O serviço de institucionalização dos médicos, sob este aspecto, parece estar distante.

Em se tratando de um projeto voltado a serviços, a fidelização dos médicos precisa ser entendida como a criação e produção de um novo serviço. Sob esta ótica, Chen, Tsou e Ching (2011) indicam que quanto mais alta for a correspondência com o parceiro, a especialização desse parceiro e seu comprometimento afetivo, mais significativa será sua contribuição para tornar eficaz essa produção conjunta. Da mesma forma, os autores indicam que a produção em conjunto com os clientes tem um forte impacto na inovação de serviços, assim como os compromissos assumidos pela empresa na busca da inovação – particularmente, numa política de aprendizagem, no direcionamento estratégico e numa predisposição de cruzar funcionalidades – contribuem para aumentar visivelmente os efeitos da produção conjunta de novos serviços (CHEN; TSOU; CHING, 2011).

Ao considerarmos esses três elementos de orientação para a inovação (parceria, especialização e comprometimento) como variáveis importantes que podem explicar diferenças existentes nas práticas de inovação em serviços nas empresas, percebemos que o Hospital Mãe de Deus não se caracteriza por incentivar estrategicamente a parceria – interna e externa – em projetos de novos serviços de marketing, não suscita nos colaboradores de níveis operacionais a busca da especialização e não obtém, dessa forma, o comprometimento

necessário das equipes internas e externas. Nos depoimentos coletados as lideranças se referem a uma perspectiva de orientação para a inovação existente na empresa, o que poderia, segundo Chen, Tsou e Ching (2011), incentivar a prática da inovação aberta em todas as áreas e proporcionar mais possibilidades de criar inovação em serviços. O que se percebe, no entanto, é uma visão estratégica sobre como a instituição pretende enfrentar esse assunto, postura que, de certa maneira, sinaliza certa orientação para a inovação e contribui para que a empresa se esforce para identificar, gerenciar e desenvolver condições e competências organizacionais necessárias para alcançar os objetivos de desenvolver novos serviços de relacionamento com os médicos.

A gestão inovadora do corpo clínico do Hospital Mãe de Deus constitui-se numa inovação em serviço classificada como “organizacional”, de acordo com Sundbo e Gallouj (1998), pois se trata de uma nova forma de gestão caracterizada pela quebra dos formatos tradicionais de vínculos trabalhistas dos médicos com os hospitais. É também uma inovação em serviço “organizacional” porque apresenta um novo formato de organização da área técnico-assistencial do hospital, marcado pela introdução dos Institutos Médicos e da organização das Especialidades, que recebem autonomia de gestão e compromisso com metas de resultados. A intenção estratégica da empresa de projetar a fidelização dos médicos através de um novo serviço que entregue benefícios percebidos como valor, no entanto, classifica-se – segundo os mesmos autores – como inovação de “processo”, pois se caracteriza como uma renovação dos procedimentos para fornecer serviços. É uma inovação de processo de “*front-office*”, que deve se preocupar com os processos de entrega dos serviços (SUNDBO e GALLOUJ, 1998) e seus benefícios aos médicos que formam o público visado pelo hospital.

Estabelecer um relacionamento estruturado e formalizado com os médicos, fazendo-os perceber valor em exercer a medicina no Hospital Mãe de Deus através da entrega de benefícios que signifiquem solução para suas razões de escolha, caracteriza-se como uma inovação em serviço porque pode ser traduzida como uma nova forma de lidar com as pessoas e um novo tipo de comportamento por parte das pessoas que prestarão esse serviço. Não serão pequenos ajustes de procedimento, como prevêem Sundbo e Gallouj (1998), mas terão um caráter de inovação radical pelo fato de representarem a introdução de um processo hoje inexistente e de mudanças importantes na *lógica do fazer* da instituição.

Para que a fidelização dos médicos à instituição se concretize, será necessário estabelecer uma troca negociada – nas palavras de Chesbrough e Spohrer (2006) – entre os fornecedores e os adotantes do serviço. O serviço, neste caso, não diz respeito à prestação dos médicos, senão ao atendimento das razões de escolha levantadas em nossa pesquisa que

venham a culminar numa preferência dos médicos em trabalhar nesse hospital. Nestes serviços de troca, com a ausência de um artefato central, cada parte precisa do conhecimento da outra e isso se torna uma condição favorável para a concretização da relação pretendida.

É importante considerar que, conforme apontam Chesbrough e Spohrer (2006), dentro da empresa, estas interações são construídas em torno de relacionamentos de longo prazo estabelecidos entre as partes (setores, áreas) e, especialmente em empresas de serviço, usualmente os projetos de desenvolvimento de novos produtos se reportam às áreas de marketing (GRIFFIN, 1997). Foi possível observarmos claramente tais características junto ao Hospital Mãe de Deus, aonde o modelo de gestão do corpo clínico vem sendo desenvolvido há mais de 10 anos. Atualmente, com a decisão estratégica da instituição de reformular sua proposta de relacionamento com os parceiros médicos, fica evidente pelos depoimentos que esse projeto será realizado a partir de sua área de marketing, a começar pela reestruturação total dessa área. Se, como dizem Jaw, Lo e Lin (2010), a inovação em serviços assume uma variável de conduta, sendo limitada pelas características do serviço (fatores externos) e pela cultura da empresa orientada para o mercado (estrutura interna), percebemos que o desenvolvimento de um novo serviço voltado ao relacionamento e a fidelização dos médicos planejado pelo Hospital Mãe de Deus prenuncia um desempenho favorável a partir do comportamento de sua estrutura e de sua conduta estratégica. Assim, é ponto favorável à instituição pesquisada o fato de que sua conduta orientada ao mercado influencia positivamente seus recursos e reconhece seus esforços voltados à inovação, fatores que irão impactar positivamente o desempenho do desenvolvimento desse seu novo serviço, conforme apontam Jaw, Lo e Lin (2010).

Embora haja uma discussão sempre presente, segundo Jaw, Lo e Lin (2010), acerca da compreensão do conceito do marketing – uma cultura, uma atividade de inteligência de mercado, uma estratégia? – pudemos observar uma notória conduta da empresa em reestruturá-lo numa atividade de inteligência de mercado com objetivos estratégicos, visto que se trata da área foco da instituição para desencadear o desenvolvimento do novo serviço de fidelização. Convergindo para esta clareza de entendimento da instituição, os mesmos autores mencionam que consensualmente a orientação para o mercado consiste em três aspectos centrais, entre os quais sua coordenação interfuncional, onde a Visão Baseada em Recursos apresenta-se como fator importante no desempenho da empresa (JAW; LO; LIN; 2010). O Hospital Mãe de Deus entende que os recursos podem representar diferenciação no seu desempenho frente a outras empresas, assim como compreende que ser uma empresa orientada para o mercado é fator condutor de inovações adequadas a esse mercado. O Hospital

Mãe de Deus demonstra grande interesse em investir esforços para conhecer seus clientes e parceiros – os médicos. Isso lhe permitirá compreender melhor as preferências e necessidades desses públicos ao dedicar recursos de inovação para chegar a esse objetivo, e ao criar um ambiente criativo para funcionários e parceiros. Aparentemente, este é o comprometimento da empresa: melhorar seu desempenho através da inovação, alocando recursos de maneira proporcional à orientação de mercado mais eficaz para a situação.

Em se tratando de recursos, a diretoria do Hospital Mãe de Deus manifesta claramente um intento de introduzir conceitos do design na construção de uma área de marketing adequada à articulação do relacionamento com seu corpo clínico, e tal atitude ganha legitimidade no argumento de Jang et al. (2009) de que o desenvolvimento de novos serviços orientados pelo design é um conceito cada vez mais relevante no pensamento estratégico das organizações. Desta forma, o Hospital Mãe de Deus demonstra estar buscando incrementar a criatividade de seus processos apoiando-se no design de forma inovadora, especialmente em se tratando do segmento de serviços da saúde. A gestão do negócio cumpre uma função importante de realizar esforços em inovação buscando influenciar o desempenho organizacional, uma vez que tais esforços são fatores determinantes no desenvolvimento de novos serviços, segundo Jaw, Lo e Lin (2010). O compromisso da alta administração em reduzir os problemas naturais das características do serviço está representado nesses esforços em inovação, conforme atentam os autores (JAW; LO; LIN; 2010).

A principal mudança nos padrões de desenvolvimento de novos serviços trazida pela adoção de uma estratégia centrada no design está no reconhecimento de que as necessidades do público-alvo fluem da função para a emoção (JANG et al., 2009). Não se pode afirmar que este seja um entendimento claro da liderança do Hospital Mãe de Deus, no entanto, de acordo com Jang et al. (2009), há fatores de sucesso na perspectiva do design que precisam ser observados para conduzir projetos de desenvolvimento de novos serviços ao sucesso. O projeto proposto por este trabalho traz presente essa perspectiva, naturalmente, por ser desenvolvido sob a *lógica do fazer* do design estratégico, para que seja transformado em ação concreta. A presença de um líder com competência para criar projetos distintos, dando forma à estratégia de desenvolvimento de um novo serviço centrada no design, na visão de Jang et al., acrescenta algo novo ao processo criativo e exerce grande influência nas tomadas de decisão da área de marketing. Cabe ao Hospital Mãe de Deus, a nosso ver, criar a habilidade de combinar inspirações dos públicos pretendidos com competências de comunicação, atendendo a crescente demanda de necessidades emocionais.

Quanto à perspectiva da área ou da equipe de desenvolvimento de novos serviços, o apoio da alta administração representa um dos principais fatores de sucesso, especialmente em se tratando de projetos de novos serviços centrados no design. A alta gestão do Hospital Mãe de Deus terá de evidenciar suas qualidades, na visão de Jang et al. (2009), direcionando claramente suas estratégias, fazendo a “voz do cliente” (ou do público-alvo) correr entre as equipes táticas e operacionais, e garantindo apoio constante em recursos orçamentais e humanos. Tal postura – aparentemente projetada e sendo construída entre o núcleo estratégico da instituição – precisa ser garantida para minimizar os conflitos possíveis do desenvolvimento de novos serviços centrado no design com outras áreas internas da organização, uma vez que tende a apresentar um produto radical e inovador (JANG et al., 2009). A inovação, conforme citado por um entrevistado, “é aquilo que sai do campo do paradigma, ou seja, muitas vezes a inovação é rejeitada pelo próprio campo”.

Do mesmo modo, há fatores de sucesso no DNS conduzidos pelo design expressos pela ótica do marketing. Os mesmos autores supracitados indicam que será benéfico para a empresa assumir o risco de comparar suas atividades de marketing a partir do conhecimento externo, trazido por profissionais dessa área experimentados em outras situações e segmentos da economia, como forma de incrementar os resultados projetados no desenvolvimento de novos produtos. Nessa ótica, o Hospital Mãe de Deus demonstra interesse em valorizar esses profissionais para que possa absorver e implementar ideias que vem de fora da organização – não apenas as nascidas internamente –, deslocando seu olhar acerca do novo serviço. A qualificação e experimentação da equipe de marketing igualmente ganha relevância, pois herda um papel significativo no que tange a gerir as relações com parceiros externos com a clareza de conceitos necessária para conduzir o processo. Para fazer bom uso da ideias que vêm de fora, o Hospital Mãe de Deus aparentemente dá início à capacitação de sua organização interna para que possa fazer uma gestão adequada e poder absorver e utilizar essas ideias, conforme apontaram os estudos de Jang et al. (2009).

Sob o ponto de vista organizacional, torna-se fundamental a disseminação clara e eficaz dos princípios norteadores do desenvolvimento do novo serviço centrado no design entre as equipes envolvidas no processo, provocando uma tensão criativa calculada entre as funções. Os naturalmente possíveis conflitos entre setores ou áreas envolvidas no desenvolvimento de um novo serviço, apontados por Jang et al., serão sanados com êxito através da disposição do time gestor em compartilhar claramente esses princípios e objetivos. Alguns conflitos mencionados nas entrevistas apontam para certa ruptura na comunicação e disseminação das estratégias da gestão entre as funções de caráter operacional da área de

marketing, o que compromete a adesão da equipe na criação e desenvolvimento de novas propostas para um serviço direcionado a um público estratégico.

Também aqui podemos aproximar outro fator de cunho organizacional citado pelos autores, que implica na mudança para um pensamento centrado no usuário. A cultura organizacional – como resultado da estratégia, da liderança, da gestão de recursos e práticas organizacionais orientadores do desenvolvimento de um novo serviço –, embora difícil de ser mudada, pode receber o esforço de uma estratégia clara de DNS conduzido pelo design e de um apoio ativo da liderança para utilizar e gerir talentos externos, o que permitirá criar sinergias que conduzam à mudança para uma cultura organizacional centrada no usuário. Como instituição de serviços de saúde, o Hospital Mãe de Deus apresenta como característica congênita uma cultura voltada ao “usuário paciente”. Segundo os interesses demonstrados em desenvolver um novo e profícuo relacionamento com o corpo clínico, no entanto, lhe falta desenvolver uma cultura voltada ao “usuário parceiro”.

O pensamento institucional voltado ao usuário abre grandes possibilidades para uma atuação focalizada do design estratégico, que tem como primeiras incumbências comunicar a filosofia organizacional, a imagem corporativa e a cultura da empresa num cenário interno. Consecutivamente, parte para fora, atuando no mercado ou na sociedade pela interação com o sistema-produto e com o usuário (PASTORI et al., 2009). O Hospital Mãe de Deus pode vir a beneficiar-se de um pensamento sistêmico do design estratégico, que aproxima criatividade, técnica, pessoas de dentro e de fora da organização, que antecipe cenários e promova redes de inovação para gerar valor para todos os atores do processo, conforme atesta Zurlo (2010), e, então, alterar a realidade de relacionamento com os médicos dando forma à estratégia. Assim, a instituição, engajando-se aos conceitos do design estratégico, pode concretizar um sistema-produto completo para o relacionamento com os médicos, projetando sua forma, seu processo de comunicação com o mercado e as demais maneiras como esse serviço chegará ao usuário. Do mesmo modo, poderá explicitar o modelo de gestão adotado pela organização (CELASCHI, 2007) e projetar uma dimensão cultural propícia para capacitar pessoas a compartilhar um sentimento de união e de trabalho conjunto (ZURLO, 2010).

A busca pela institucionalização dos médicos passa, a nosso ver, por ativar a ação estratégica na estrutura organizacional hoje existente. Enquanto atividade de projeto, o design estratégico apresenta tal capacidade que se manifesta pela criação de significado, tanto para atores do processo quanto para usuários. Para tanto, deverá exigir da organização uma *disposição para aprender* que permita uma mudança cultural em suas tomadas de decisão de forma a tolerar uma contribuição concreta do design estratégico, que aplica um método de

condução do processo a partir uma visão do todo (ZURLO, 2010). A criação de significados – inerente a um processo conduzido pelo design – apresenta relações diretas à geração de trajetórias de inovações descontínuas, conforme lembra Verganti (2006), e o desenvolvimento de serviços caracterizados por benefícios frívolos, de extrema fluidez, exauríveis, descolados de um sistema mais completo, poderá representar um resultado aquém do esperado em termos de fidelidade junto ao público médico. Será necessário aquele conjunto de interfaces mencionado por Celaschi (2007), mais completo e complexo em suas combinações de bens, serviços, informação, tomada de decisão, espaço físico, estrutura e gestão. Este sistema-produto dará condições mais apropriadas para a instituição redimensionar o valor da relação que pretende estabelecer com os médicos a partir do significado do serviço que está sendo oferecido.

Não obstante isso, a presença da marca não pode ser ignorada num processo de inovação pelo design, pois ela ganha importância como um *supervínculo* ao redor do qual a inovação ocorre, nos termos de Celaschi (2007). O valor da marca deve manter-se em constante evolução, pois ele é o vínculo de maior poder entre consumidor (médicos parceiros) e produtor (o Sistema de Saúde Mãe de Deus, que oferece os serviços de relacionamento). Se a marca não garante a entrada de recursos pela escolha e decisão do paciente-cliente, que é levado ao hospital pelo médico, para este parceiro ela deverá representar esse vínculo através de um conjunto sinérgico de fatores articulados num sistema-produto. A construção e manutenção da marca poderão ser desdobradas através de métodos e processos de uma *cultura de projeto* própria do design.

Projetar serviços diz respeito a esboçar a funcionalidade e a forma do serviço sob a perspectiva do usuário, tornando-o útil, usável e desejável para esse usuário, ao passo que precisa ser igualmente eficaz, eficiente e distinto para a empresa, conforme afirma Mager (2007). Sob esse olhar, é válido interpretarmos que o Hospital Mãe de Deus poderá obter resultados mensuráveis ao decidir projetar serviços de relacionamento com seu corpo clínico, pois poderá visualizar e orquestrar soluções para problemas existentes – ou ainda não existentes – nesse processo de relacionamento e de adesão ao modelo de gestão da instituição. Trata-se de uma projeção orientada para o uso que permitirá conceber as condições para que a experiência real do parceiro médico (usuário) com o a instituição de saúde (produtor do serviço) se concretize.

Embora ainda em plena discussão conceitual (MAGER, 2007), o projeto de design de serviços para o Hospital Mãe de Deus previsto neste trabalho aponta para uma relação direta à projeção de experiências, pois deverá lidar com a funcionalidade e com a emotividade

integradas às soluções inovadoras orientadas para o público desejado. Através de times interdisciplinares e do conceito de inovação colaborativa, o design de serviços propõe um processo de concepção integrado ao cliente-usuário, numa lógica de co-criação intrínseca ao conceito de serviços, conforme abordada por Moritz (2005), e que resultará em uma composição específica de serviços para o público focado. Para tanto, a instituição terá de incentivar e garantir uma estreita colaboração de especialistas de áreas distintas – internas e externas – e integrá-los numa arena de abordagem direta às características do serviço. O design de serviços – e seu profissional responsável dentro da estrutura organizacional – atuará como um mediador entre a organização e os médicos, explorando os recursos disponíveis e já testados (como o Programa Médicos Mãe de Deus) e o contexto em que esse relacionamento se desdobra. Será necessário desenvolver aspirações oriundas das necessidades dos médicos (como, por exemplo, suas razões de escolha) pulverizadas no mercado a partir de investigações de seu ambiente, do segmento de atuação, da economia externa ao hospital, dos interesses manifestos pela comunidade e de tendências possíveis de serem captadas.

Assim, a instituição poderá colher resultados favoráveis de um relacionamento projetado por serviços úteis, usáveis e desejáveis, originários de um modelo inovador orientado para a diferenciação.

4.3 *WORKSHOP*

Denominamos Científico-projetual a segunda etapa de pesquisa de nosso estudo, cujo *workshop* conduzido sob o olhar do design foi desenvolvido considerando vivamente as dimensões e as razões de escolha apontadas nas entrevistas da primeira etapa. Enquanto atividade projetual, o *workshop* teve papel importante no processo concreto de ideação – geração de ideias – para um serviço considerado estratégico na instituição Hospital Mãe de Deus, mas ainda inoperante e desestruturado, segundo nossa investigação de campo. Para que a institucionalização dos médicos – o serviço idealizado pelo hospital e hoje descrito através de esforços assistemáticos e não estruturados – encontre forte convergência junto à estratégia global da empresa, trazendo diferenciação e vantagem competitiva, deverá ser tratada como um projeto de inovação. Num estudo de pesquisa-ação desta natureza, onde a interferência no ambiente se faz característica da investigação, a geração de ideias posiciona-se como um estímulo para esses novos caminhos.

De acordo com Osterwalder e Pigneur (2011), a ideação é um exercício em grupo, o que exige a participação de pessoas de diferentes áreas das organizações que possam compartilhar suas múltiplas opiniões e ideias. Antes da realização do *workshop*, os participantes foram agrupados de maneira que pudessem compartilhar grande variedade de opiniões dentro de cada uma das três formações. Assim, os designers e estudantes de design foram alocados de maneira equilibrada entre os grupos, da mesma forma que os funcionários do Hospital Mãe de Deus participantes do *workshop* compuseram grupos distintos.

A primeira atividade do *workshop* consistiu num *brainstorm* para captação da visão geral e das percepções que os participantes detinham acerca de três elementos originados das três dimensões apontadas nas entrevistas. Dessa forma, esses elementos foram apresentados aos participantes como simplificações daqueles que formaram as dimensões analisadas no capítulo precedente, de maneira a possibilitar contribuições mais amplas, não sendo conduzidos a apontarem ideias que pudessem ficar restritas ao significado dos termos de cada dimensão. Assim, a dimensão “o papel do médico” foi simplificada – não reduzida – para “o profissional médico”; a dimensão “o modelo de gestão do Hospital Mãe de Deus” foi transformada em “o hospital”; e “o relacionamento entre a instituição e os médicos” foi proposto como “lealdade e relacionamento”.

Nesta primeira atividade de *brainstorm*, os grupos apresentaram certa comunhão de percepções e opiniões acerca do profissional médico. Conforme Figura 13²⁵, palavras como “empatia”, “sensível”, “escutar”, “atencioso”, “conforto paciente/familiar”, “doação”, “humildade” foram compartilhadas nos grupos e teceram uma percepção humana do profissional, que não se distancia de suas competências e responsabilidades profissionais. Alguém que se coloca no lugar do outro e ouve não somente suas necessidades físicas, mas também suas necessidades afetivas. Ao mesmo tempo, o médico é um ser humano que transparece uma “falsa frieza”, que veste uma “máscara” para se proteger de toda a responsabilidade que carrega. Esta “visão humanizada” sobre o médico teve forte influência na construção dos cenários na segunda parte do *workshop*, revelando uma preocupação com a “pessoa-médico” não percebida na etapa científico-técnica de nossa pesquisa, nas entrevistas e na pesquisa documental.

De outra parte, expressões como “relacionamento”, “construir relação”, “sistêmico”, “poder/político”, “interdependência”, “seriedade”, “exigente”, “formador de opinião”, “responsabilidade”, “ética”, “conhecimento”, “qualificação”, “sabedoria” trouxeram uma

²⁵ Outros registros fotográficos capturados no *workshop* poderão ser visualizados no Apêndice E deste trabalho.

visão sobre o médico que pode ser classificada como *ordinária* em diversas situações de seu alcance – como um ambiente de hospital ou no atendimento a familiares. Do médico são exigidas facilidade de adaptação, segurança e tranquilidade às situações do outro, que precisam ser construídas com a instituição a que está ligado e com os pacientes a que venha atender. O médico tem a visão do todo, não somente de sua especialidade.



Figura 13 – “Ponto de vista” – Atividade de *brainstorm* desenvolvida no *workshop*

No que se refere ao “hospital”, os pontos de vista dos grupos apresentaram conceitos comuns para o que foi considerada uma organização complexa, de processos robustos que exigem qualidade e acreditação, centrada no ser humano por ter de lidar com a emoção das pessoas, com o gerenciamento de crises, com a busca constante da segurança e do conforto para paciente e para familiares. É também visto como um meio pelo qual as pessoas vivenciam vitórias ou tragédias, onde entregam suas fragilidades em busca de confiança, de respeito e de uma estrutura física e também afetiva. Esta também é uma concepção humana sobre a instituição que, aliada a termos como “medo”, “vida/morte”, “lotado”, “doença ruim” e “acidente”, revelam ansiedades das pessoas pela busca da “salvação”, da “segurança”, da “cura” e da “confiança” que pretendem encontrar nesse ambiente, pelas mãos do médico – o paciente é um cliente da instituição, não do médico. Houve menções feitas ao hospital enquanto uma organização econômica, identificadas através de palavras como “sustentável”, “alto custo”, “dinheiro”, “poder/político”, mas não receberam destaque nas apresentações orais nem maiores discussões ou questionamentos dentro ou fora dos grupos. O ponto de vista estava focalizado na assistência ao paciente.

Os grupos traduziram “lealdade e relacionamento” em uma série de palavras que trazem como significados a condução a um resultado positivo ou apreciável. Foram comuns

entre os grupos menções a “investimento”, “confiança”, “troca”, “presença constante”, assim como também foram lançadas expressões como “benefícios relevantes”, “escolha”, “proximidade/intimidade”, “interação”, “compromisso”, “conhecer as pessoas”, “carinho/cuidado/atenção”, “respeito”, representando uma mesma visão de construção positiva de uma situação. A lealdade e o relacionamento apresentaram – nos depoimentos partilhados – estreita afinidade com as tomadas de decisão do médico, seja no diagnóstico ou no momento de atuação no bloco cirúrgico, assim como também podem estar ligados ao trabalho em equipe desempenhado pelos médicos. Relacionamento e lealdade foram discutidos pelos grupos como um fator que pode representar a “segurança” ao médico em estar desempenhando satisfatoriamente suas atribuições, assim como pode representar a “cura” perseguida junto ao médico pelo paciente. O *viés decisivo* trazido pelo elemento lealdade/relacionamento foi também representado pelo entendimento de que relacionar-se é uma questão de escolha, assim como exige investimento das partes para que a troca seja mútua. Expressões como “leal a um, contra os outros”, “abrir mão”, “condicionado”, “parcerias”, “renúncia”, “frágil” e “até o fim” fortaleceram o ponto de vista com significados positivos à tomada de decisão/escolha.

A ferramenta *brainstorm*, utilizada nessa atividade projetual, apresenta uma característica de método aberto, em que o potencial criativo dos participantes foi colocado a serviço da pesquisa-ação desenvolvida. Para sua aplicação, utilizamo-nos de algumas regras apresentadas por Osterwalder e Pigneur (2011), e conduzimos a técnica de maneira a convergir para os interesses do presente estudo. As regras destes autores para conduzir um *brainstorm* são as seguintes:

- a) concentrar-se no problema proposto;
- b) não julgar as ideias apresentadas;
- c) desenvolver uma discussão por vez;
- d) em relação às ideias lançadas, quantidade é o que importa;
- e) pensar visualmente, de forma que os participantes possam ver as ideias;
- f) encorajar ideias malucas.

Antes da aplicação do *brainstorm*, e após os vídeos e a mini-palestra inspiracionais sobre escolhas, fidelização, lealdade e relacionamento, foi desenvolvido um exercício para influência mútua, uma atividade visual onde os participantes de cada grupo desenharam colaborativamente uma figura proposta pelo investigador. O conjunto destas duas atividades (exercício visual e *brainstorm*) apresenta-se plenamente aderente à capacidade de *ver* inerente

ao design estratégico, pois alia o exercício do pensamento visual ao ato criativo de observação dos fenômenos para além do que é visível (ZURLO, 2010). É nesta capacidade de *ver* do design que reside o *briefing*, configurando-se, segundo o mesmo autor, num dos instrumentos do design que permite ver selecionando os aspectos novos do que está sendo visto. O *ver* do design pinça necessidades tácitas das pessoas para transformá-las em oportunidades de inovação.

A capacidade de *ver* mostrou-se revigorada com a execução da atividade seguinte, quando foram apresentadas aos grupos as razões de escolha dos médicos (descritas anteriormente). Tais razões de escolha – aliadas à palestra, aos vídeos inspiracionais, ao exercício visual e ao primeiro *brainstorm* – cumpriram um papel preciso de *briefing*, uma vez que foram obtidas no contexto da instituição de saúde investigada por meio da pesquisa documental e das entrevistas em profundidade. Assim, os vínculos apresentados pelo contexto investigado numa etapa de pesquisa, sua análise e interpretação – bases para a construção de trajetórias de inovação – e o processo de ideação demonstram um percurso inicial do investigador naquilo que Deserti (2007) chama de metaprojeto.

O metaprojeto, didaticamente formatado por Deserti (2007) em quatro fases claramente distintas, apresenta-se aberto, com etapas não precisamente sequenciais e exaustivas. São ferramentas que podem ser recombinaadas, segundo o autor, em função do quadro situacional. Num modelo sistêmico proposto pelo autor, a Pesquisa *Blue Sky* – a segunda grande área do metaprojeto – preocupa-se em construir direções a serem praticadas na busca da inovação, baseando-se na retomada de uma coleção de informações previamente estabelecida para gerar soluções criativas. Estas ideias, então, serão desenvolvidas de forma aderente aos objetivos do projeto. Em nosso *workshop*, atribuímos o nome de pesquisa *Blue Sky* à atividade desenvolvida com os grupos que objetivou achar, fora do contexto da investigação, referências para a questão “Como são trabalhadas estas razões em outros contextos?”. Esta atividade conformou-se numa continuação da fase 1 do metaprojeto – uma fase de pesquisa e coleta –, assim como a técnica do *brainstorm*, repetida nesta atividade, deu continuidade à fase 2 quanto à geração de estímulos. Não se mostraram momentos estanques, finalizados, fechados, mas dinâmicos, de geração aberta de ideias e partilha de conhecimentos.

A atividade *Blue Sky* conduzida no *workshop* trouxe uma moldura visual para a capacidade de *prever* típica do design. Conforme ensinado por Deserti (2007), foi aplicada no *workshop* com a intenção de lucrar com a diversidade de leitura do *briefing* potencialmente presente nos participantes, que colaboraram com inspirações para antecipar situações futuras

de relacionamento do Hospital Mãe de Deus com os médicos. Sua prática demonstrou-se plenamente favorável à geração de ideias para alimentar cenários viáveis de desenvolvimento de novos serviços, que poderão ser projetados e desenvolvidos pela instituição.

A *Blue Sky* foi mesclada com uma atividade denominada Construção de cenários, que demandava dos grupos respostas à questão “Como seria o hospital que utilizasse estas razões de escolha para se relacionar com seus médicos?”. Esta prática encontrou identidade com a terceira fase do modelo de metaprojeto desenhado por Deserti (2007), em que a capacidade de gerar oportunidades pela canalização da criatividade em direção a cenários inovadores encontra eco na capacidade de *fazer ver* intrínseca ao design. Através da construção de cenários, os grupos puderam expressar concretamente e de maneira visual as ideias geradas (com o uso de papel, canetas e adesivos coloridos). Em se tratando de serviços, segundo Zurlo (2010), sua representação visual contribui para um bom entendimento da proposta inovadora e poderá antecipar a jornada a ser enfrentada pelo usuário.

Sequencialmente, cada cenários construído pelos grupos pôde ser defendido e explicado aos demais participantes. A construção e a explanação dos cenários levaram o investigador a suprimir uma segunda etapa da coleta *Blue Sky* programada (conforme consta no Apêndice E deste material), pois o terceiro questionamento preparado para trazer outras referências de fora do contexto de investigação – “Como o Hospital Mãe de Deus pode explorar tais razões?” – foi antecipadamente equacionado por todos os grupos com esta atividade. Também foi suprimida a elaboração de *moodboards* para cada cenário, pois a representação visual desenvolvida por dois dos três grupos cumpriu tal papel, conforme ilustra a Figura 14 da construção dos cenários desenvolvidos e apresentados durante o *workshop*.

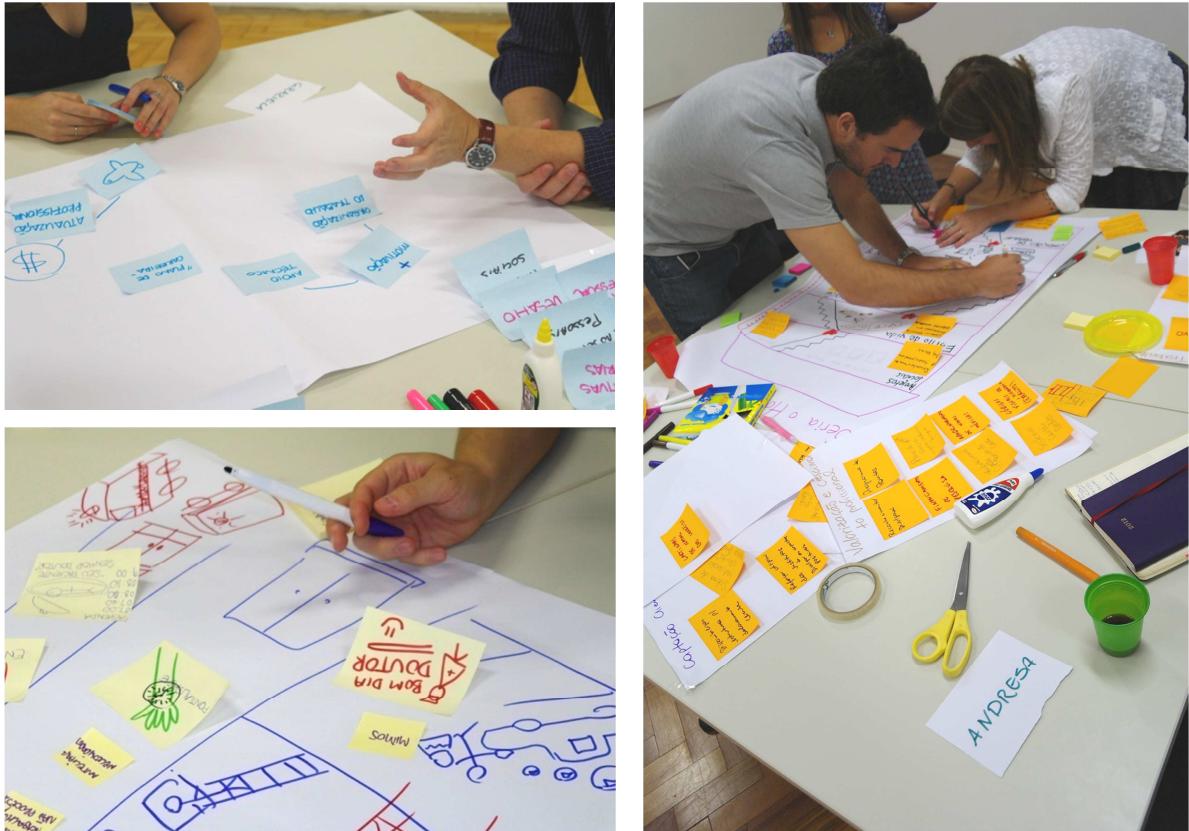


Figura 14 – “Como seria o hospital que utilizasse...” – Atividade de construção de cenários desenvolvida no *workshop*

Pudemos perceber que a pergunta “Como seria o hospital que utilizasse estas razões de escolha para se relacionar com seus médicos?”, proposta aos grupos no início da atividade de Construção de cenários, cumpriu um papel de provocar inspirações originais para serviços de relacionamento num ambiente hospitalar, ao mesmo tempo em que moveu os participantes a considerarem situações concretas das vidas profissionais e pessoais dos médicos. Isso ficou demonstrado pelo uso intenso de expressões diretamente relacionadas às razões de escolha dos médicos – “condições de trabalho”, “remuneração”, “captação de clientes”, etc. – e às atividades inspiracionais do *workshop* – “decisão”, “escolha”, etc. – combinadas com expressões como “comer, cuidar e amar”, “afetividade”, “motivação”, etc.

4.3.1 Primeiro Cenário

Um dos grupos compartilhou a preocupação de tentar agregar elementos de grande representatividade e significado na vida pessoal e profissional dos médicos, percorrendo uma trajetória ascendente pelas razões de escolha desse profissional ao iniciar pelas necessidades mais básicas – “condições de trabalho” – e culminar nas necessidades de impacto pessoal e

também social – “projetos sociais”. Tal trajetória, de acordo com o grupo, tem de ter um aspecto afetivo. Cada etapa dessa trajetória – ou, conforme representação visual do grupo, cada “andar desse hospital” – precisa considerar o valor humano afetivo/emocional do médico, sem negligenciar questões mais racionais como “remuneração”. O cenário proposto contempla entregar serviços de valor como *benefícios* para esses profissionais. Tais benefícios partem de aspectos físicos – ambientes propícios ao “ócio criativo”, por exemplo – e escalam as razões de escolha dos médicos até atingirem aspectos afetivos – como o reconhecimento e a participação em projetos sociais –, o que permitirá criar vínculos para retenção desse profissional na instituição. Esse cenário foi chamado “Hospital Comer, Cuidar e Amar”, onde *Comer* representa questões elementares e de sobrevivência, como “remuneração” e “captação de clientes”; *Cuidar* dá conta de necessidades de caráter profissional e envolvem o cuidado com o profissional médico e com os clientes/pacientes, abordando temas com “condições de trabalho” e “valorização e crescimento profissional”; e *Amar* envolve a qualidade afetivo-emocional proposta pelo grupo, que busca outro tipo de vínculo, onde o cuidado do hospital com os pacientes deverá ser transcendido para um cuidado também com os médicos. A Figura 15 mostra a representação gráfica deste primeiro cenário.

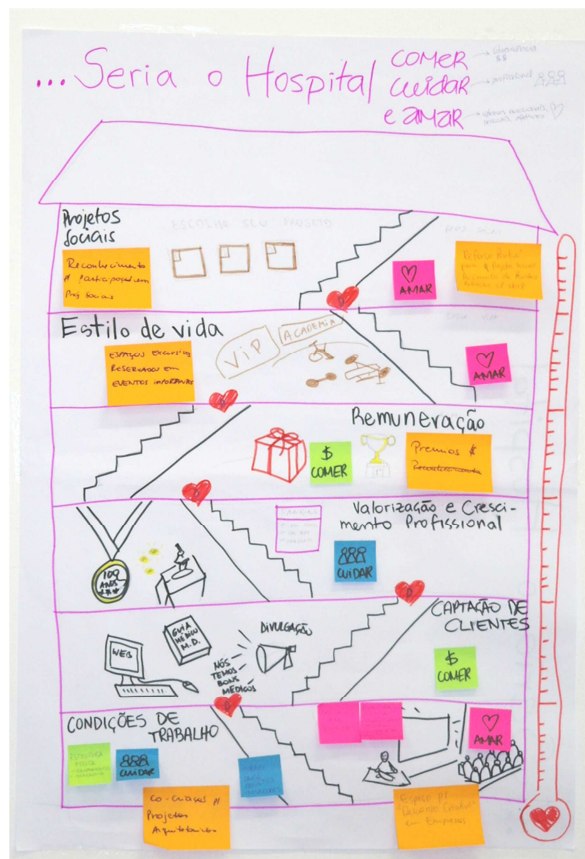


Figura 15 – Primeiro cenário

4.3.2 Segundo Cenário

Noutro grupo, o foco recaiu nas condições de trabalho oferecidas pelo hospital, cuja organização do trabalho dentro da instituição, com os serviços de apoio técnico adequados à prática médica, pode representar um reflexo no aspecto emocional ao aumentarem a motivação do médico em trabalhar nesse hospital. Aspectos como “remuneração” poderão ganhar novo alento ao serem retrabalhados e complementados com mecanismos de retenção – como, por exemplo, um plano de carreira adaptado ao regime de trabalho da classe médica –, contemplando um relacionamento racional e emocional. Fisicamente, esse hospital precisará dar atenção à privacidade dos médicos, cujo desempenho profissional exige locais acolhedores e restritos, sem a interferência de outras pessoas – condições comumente negligenciadas por instituições de saúde, segundo o grupo. De outra parte, o cenário proposto pelos participantes julga importante uma estruturação do hospital para proporcionar um engajamento maior e mais efetivo do médico com a sociedade, incentivando a participação voluntária desses profissionais através de uma composição de ferramentas diligentes oferecida pela instituição – como, por exemplo, projetos desenvolvidos junto a bairros ou classes menos favorecidas. O segundo cenário está representado na Figura 16.



Figura 16 – Segundo cenário

4.3.3 Terceiro Cenário

Afora alguns aspectos mencionados pelos demais, o terceiro grupo concentrou-se em ver um hospital com uma infra-estrutura tecnológica e de serviços amplamente desenvolvida, em que os médicos usufruem de serviços complementares altamente valorizados e hoje inexistentes. Concentrou-se, dessa forma, nas questões relacionadas às condições de trabalho entregues ao médico, refletindo que esse profissional valoriza poder desempenhar sua prática médica preferencialmente sem deparar-se com processos burocráticos. Adicionalmente, trouxe a preocupação de que o hospital, além de projetar o reconhecimento pelo trabalho do médico, tem de cumprir um papel maior de ajudá-lo a ser reconhecido pela sociedade. Para isso, a instituição precisa praticar uma comunicação mais efetiva com esse público e ter atitudes empreendedoras de celebrar suas conquistas. Esse reconhecimento dos feitos e da autoridade do médico deverá ser demonstrado através de serviços básicos que permitam ao médico desempenhar suas funções com qualidade – equipamentos adequados, processos livres de falhas, equipes eficientes, parcerias com instituições de referência que complementem carências do hospital, etc. –, e também através de serviços complementares que venham antecipar soluções para necessidades pessoais e profissionais. Nesse hospital tecnicamente capacitado, o médico terá condições de colocar seu conhecimento a serviço da sociedade, e também estará seguro junto a uma estrutura de suporte e apoio para questões que fogem da alçada técnica, mas são representativas na sua vida profissional e pessoal, como a habilidade no relacionamento com os pacientes e familiares, ou mesmo facilidades em agendamento de consultas ou outros mimos de caráter afetivo. Dessa forma, o hospital deste cenário estará todo trabalhando para que o médico possa exercer seu trabalho da melhor forma possível, resolvendo problemas de pequena ordem e permitindo ao médico envolver-se exclusivamente com o que é importante em suas atividades; um hospital que entregue condições básicas, mas também demonstre respeito, carinho e cuidado, fazendo com que o médico sinta-se atraído para exercer suas competências. A Figura 17 traz a fotografia do terceiro cenário.



Figura 17 – Terceiro cenário

O *workshop* – instância final da etapa Científico-projetual desta investigação – teve como última atividade uma reflexão em grande grupo sobre os resultados alcançados, onde se buscou estabelecer conexões entre os cenários apresentados. Todos os participantes foram incentivados a emitir opiniões, especialmente acerca dos cenários trazidos pelos demais grupos. Ao cabo de todas as participações, cumprindo um papel destinado à quarta fase do modelo didático de metaprojeto de Deserti (2007), destinado à construção de visões que serão empregadas como estímulos para a construção do projeto, o grande grupo elaborou um conceito que compreende os resultados alcançados com as atividades propostas e executadas nos dois dias de *workshop*. Tal conceito será apresentado no capítulo seguinte, e configura-se numa combinação das trajetórias de inovação concebidas nos três cenários propostos, e não na eleição de uma dessas possibilidades. Essa é a alternativa apresentada à instituição de saúde investigada – um projeto de design de serviços que incorpora três cenários resultantes de uma atividade metaprojetual –, e que poderá ser levado à consolidação a partir de um projeto piloto condicionado à decisão estratégica da empresa.

5 RESULTADOS – PROJETO DE DESIGN DE SERVIÇOS

5.1 CONCEITO DE DESIGN

As rotas de co-criação desenvolvidas no *workshop* – que traduzem a grande importância da contribuição externa do conhecimento e, da mesma forma, caracterizam a contribuição da *open innovation* no processo de inovação no Hospital Mãe de Deus – conduzem a um conceito fortemente embasado no viés humano-afetivo que deve cercar o profissional médico, não tratando de forma isolada a vertente estratégica exposta pela empresa. Esse conceito, denominado “**Médico: Parceiro, Amigo, Feliz**”, quer aproximar elementos de grande significado na vida profissional e pessoal do médico, fortalecendo os vínculos necessários para aprimorar um relacionamento baseado numa atenção mais dedicada por parte da instituição. O viés humano-afetivo dá conta de promover um relacionamento que evidencie o médico como usuário de um sistema que lhe permita sentir-se parte de uma comunidade, que sinta pertencer a um programa que se promove autonomamente e que abre espaço para a co-criação de soluções para essa comunidade e para si mesmo, conforme ilustra a Figura 18.

O olhar humano-afetivo deverá inserir significado às variáveis presentes na vida pessoal e profissional do médico, visando entregar benefícios que reflitam diretamente nas suas razões de escolha apontadas na pesquisa, através de um trabalho integrado de novos serviços que os médicos ajudam a criar e concretizar. Nesse sistema, também reside uma preocupação social e emocional de entender como o hospital está cuidando do médico, para que este perceba valor na segurança oferecida à prática de sua medicina dentro da instituição.

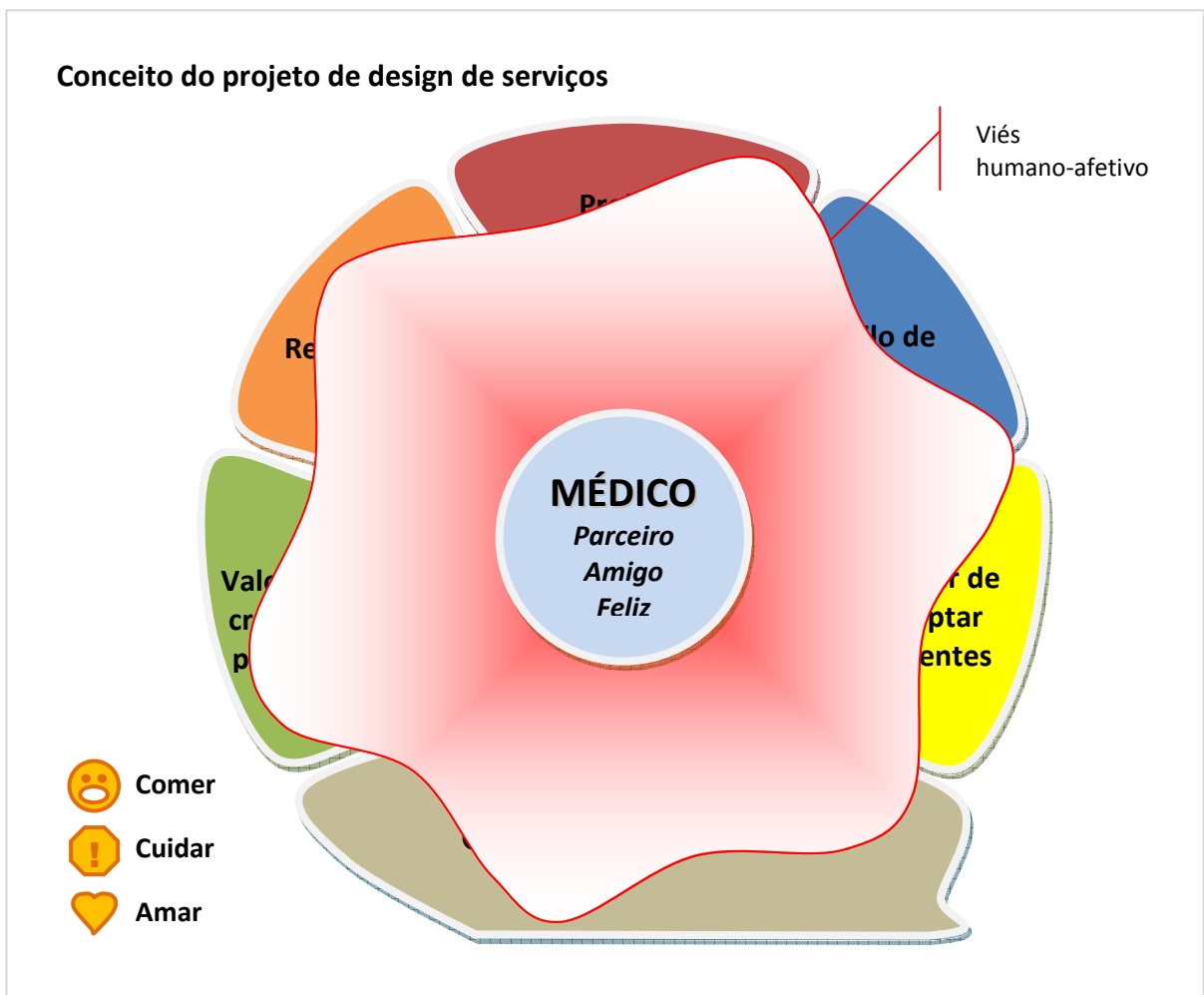


Figura 18 – Conceito do projeto de design de serviços para fidelização do corpo clínico – Médico: parceiro, amigo, feliz

A figura representativa do conceito indica que o médico será visto como um usuário no centro do processo, convidado a manifestar suas carências humanas e razões profissionais de sua escolha. A mais premente delas, que diz respeito às condições de trabalho oferecidas pelo hospital, aponta um aspecto de necessidades básicas, aquele conjunto de elementos fundamentais para o exercício da medicina com segurança. Trata-se da fração-base do conceito, sobre a qual as demais se apóiam para adquirirem mais valor. Assim como “remuneração” e “poder de captar clientes para o médico”, as condições de trabalho representam com mais intensidade as questões que terão relação direta com a sobrevivência do médico na sociedade e dão significado ao símbolo “comer” localizado junto a essas frações da figura-conceito.

As demais carências humanas e profissionais são dispostas com certa correspondência de importância, circundando o centro do programa, onde “oportunidade para projetos sociais” ganha destaque como necessidade de impacto pessoal e social na vida do médico pelo fato de

representar um aspecto inerente à prática médica. Esta parte, ao lado das quatro restantes, é altamente representativa quando a questões de realização pessoal. O “cuidar” é uma maneira de ver que indica que o hospital, que já cuida do paciente-cliente, passará a cuidar também do médico-parceiro, a partir do envolvimento com suas razões emocionais e afetivas.

O olhar humano-afetivo proposto por tal conceito de design é valorizado pelo ponto de vista “amar” permeando todo o sistema, concretizado por benefícios representados e tangibilizados como serviços de valor aos profissionais médicos a partir de aspectos físicos que compõem as condições mínimas de trabalho. Estes “mimos” ou “afagos” terão a missão de tornar sensível a valorização humana e profissional do médico em todas as necessidades e carências mapeadas, motivo pelo qual o símbolo “amar” toma parte em todas as frações, legitimado pela macro-abrangência do viés humano-afetivo do conceito apresentado (a mancha vermelha translúcida central que tangencia todas as frações de contato com o usuário médico). Em outros termos, se, por exemplo, “condições de trabalho” apresentam-se como questões básicas e de sobrevivência, deverão ser tratadas com recursos adequados e condizentes com o ponto de vista “comer”. Contudo, igualmente serão transpassadas pelo viés humano-afetivo que valoriza e reconhece esse profissional na empresa e esse ser humano na sociedade. Da mesma forma para todas as frações e necessidades constantes no conceito, a maneira de ver chamada “amar” reveste de um olhar humano-afetivo as relações profissionais dentro da instituição. O viés humano-afetivo (representado pela mancha vermelha translúcida) é que vai proporcionar a interligação de todas as relações estabelecidas²⁶.

5.2 ESTRUTURA ORGÂNICA

O projeto de design proposto por este estudo prevê uma composição estrutural fundada na área de Marketing da empresa, integrado a uma subárea de Relacionamento com o Mercado, onde um Núcleo de Design exercerá o papel de facilitador do processo. Atuará em caráter *ad hoc*, organicamente ligado ao cargo de gestão da área de marketing, com

²⁶ Visando uma compreensão mais clara do conceito, propomos uma breve reflexão sobre o que implicaria uma possível retirada da mancha vermelha translúcida do centro da figura. Nesse caso, todo o conceito permaneceria mais “duro”, ou “puramente técnico”. Essa linha vermelha precisa estar posicionada “por cima” de todas as preocupações racionais do relacionamento com o médico e dos serviços que irão atender às suas expectativas, demonstrando uma preocupação com o “tratamento do ser humano”. Ou seja, considerando todas aquelas dimensões que racionalmente foram pensadas e desenvolvidas, precisa estar presente o envolvimento afetivo com esse público para proporcionar relações mais humanas. Essa é a representação a que a imagem vermelha remete e, por isso, não poderia ser excluída da figura do conceito.

responsabilidades próprias de disseminação do conceito e das condições necessárias para o desenvolvimento sustentado do projeto. Terá presença e atuação relacional em áreas que já exerçam ou necessitem desenvolver afinidade com a estratégia da empresa e com o conceito do projeto. Operacionalmente, irá atuar como uma estrutura de apoio da área de marketing até a sustentação do projeto, quando sua prestação poderá ser deslocada para outros projetos de design de serviços que venham a surgir da estratégia da empresa, contribuindo, dessa forma, para uma gestão de custos adequada ao modelo econômico da instituição.

Essa indicação justifica mais uma vez a contribuição da experiência da inovação aberta na empresa, que permite e incentiva práticas transdisciplinares. Assim como a instituição abre espaço para uma atuação junto à universidade e possibilita a entrada de conhecimento a partir de distintos projetos de pesquisa, o Núcleo de Design proposto neste projeto cumpriria um papel de facilitador dessa interação aberta e transdisciplinar, contribuindo adicionalmente para um processo de sistematização do modelo de *open innovation* em desenvolvimento na empresa. Portanto, a estrutura deste núcleo seria formada por recursos internos e externos, tendo um líder pertencente ao quadro interno da organização responsável por buscar competências internas e externas (profissionais) para desenvolver a aplicação do projeto de relacionamento proposto. Desse líder, destacado do quadro interno da empresa para atender a essa demanda (*ad hoc*), não seria exigida sua procedência da área de marketing, mas sim uma visão ampla do contexto de trabalho e das estratégias definidas pela instituição. A visão especializada para a proposta de soluções dos problemas identificados no tema de institucionalização dos médicos viria de recursos externos, cujos participantes confeririam uma visão mais isenta e transdisciplinar. A figura 19 ilustra, a partir da nova estrutura do setor de marketing projetada pela empresa (HMD, 2012b), o modelo orgânico da estrutura sugerida.

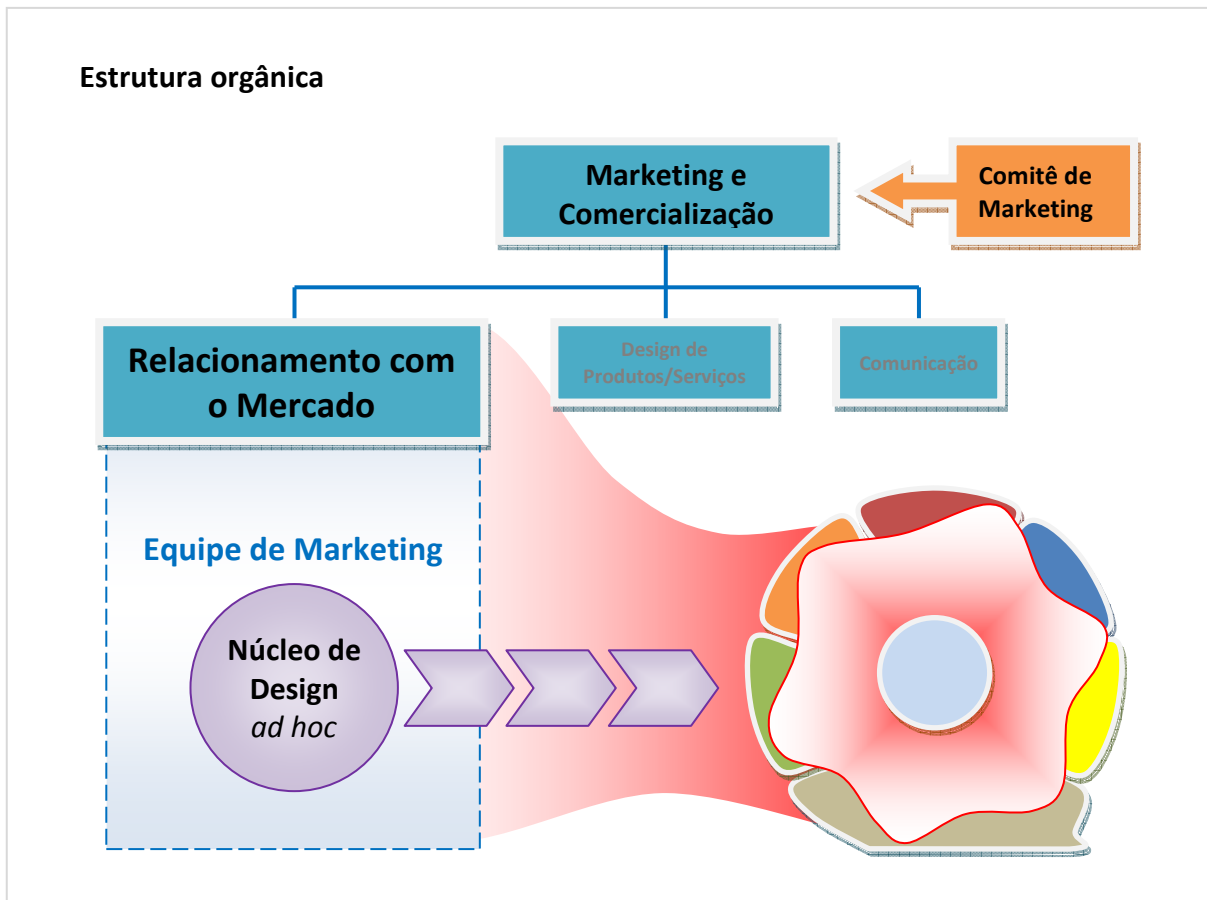


Figura 19 – Estrutura orgânica do projeto de design de serviços – Desenvolvida a partir do organograma de marketing (HMD, 2011b)

Com o intuito de projetar um relacionamento individualizado com os médicos, ouvi-los e proceder ao devido encaminhamento das ações de melhoria, a estrutura poderá contar com “atendentes técnicos” por grupos de especialidades, para quem os médicos poderão manifestar suas insatisfações, críticas e sugestões. Estes atendentes terão uma atuação semelhante aos representantes de laboratórios farmacêuticos, com atividades externa ao ambiente do hospital, levando informações e “vendendo” os benefícios e valores da instituição junto aos médicos em seus consultórios particulares.

5.3 ESTRUTURA FÍSICA

Além da estrutura física própria da área de marketing, de onde nascem as ações táticas e operacionais do relacionamento com o corpo clínico, o projeto poderá contar com a sala que

hoje abriga o Programa Médicos Mãe de Deus, dando-lhe novo *status*. Importante ferramenta para tornar tangível a relação da instituição com os médicos a partir do posicionamento do usuário no centro do processo, nesse ambiente físico pretende-se estabelecer um sistema-produto completo com capacidade de ativar as ações estratégicas do projeto de relacionamento, criando significado para instituição e para médicos. É aí que acontecerão as entregas dos serviços e dos benefícios, concretizando-se o relacionamento propriamente dito entre as partes, conforme demonstra a Figura 20.

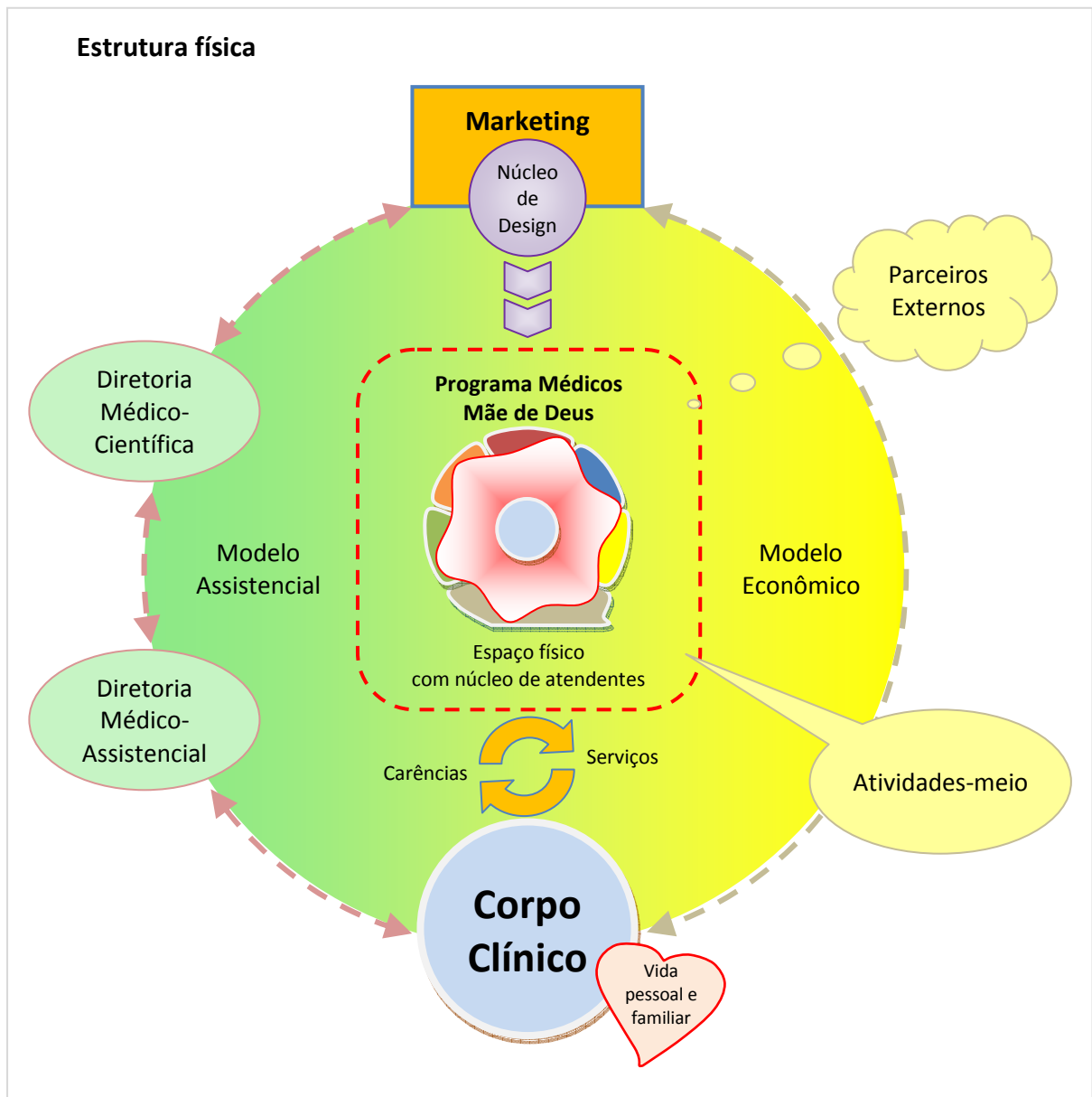


Figura 20 – Estrutura física do projeto de design de serviços

Na busca de estabelecer contato afetivo e emocional permeando todas as abordagens, a sala do Programa Médicos Mãe de Deus deverá ser remodelada visual e ergonomicamente

para funcionar como espaço destinado a reflexões profissionais desse profissional, especialmente no que toca às suas atribuições relacionadas à gestão. Com o mesmo propósito, será um espaço para relacionamento entre os médicos e troca de experiências sobre essas exigências profissionais, adequadas ao modelo integrado de gestão proposto pela empresa, além de outras reflexões e trocas direcionadas à prática médica. Do mesmo modo, estará fisicamente adaptada para centralizar a operacionalização de todos os serviços oferecidos ao médico, não apenas os concernentes aos “mimos e afagos” mais imediatos e exauríveis (lanche, café, TV, periódicos). Contará com um núcleo de atendentes treinados técnica e emocionalmente para dar encaminhamento aos serviços solicitados e disponíveis aos médicos, facilitando o rumo das soluções dessas necessidades – de caráter profissional ou pessoal – e demonstrando envolvimento afetivo com as carências desse público. A remodelação desse espaço será uma das atribuições do Núcleo de Design integrante deste projeto.

A estrutura física prevista procura demonstrar a viabilidade de concretização de um pensamento sistêmico que possibilita aproximar criatividade e técnica de indivíduos e empresa, segundo a definição de design estratégico apresentada por Zurlo (2010). O contexto de inovação aberta encontrado no Hospital Mãe de Deus inflama uma capacidade própria do design estratégico de colocar-se como mediador entre vários atores, ou como interlocutor de diferentes linguagens, integrando médicos, diretores e equipes de apoio, assim como possibilitando uma interação entre área de marketing, áreas técnica e assistencial e parceiros externos, que irá resultar em processos modificadores da realidade (ZURLO, 2010).

Assim, o conceito do projeto, apoiado pelas estruturas orgânica e física, propõe ações concretas – os serviços, apresentados na seção seguinte – que venham representar visivelmente a estratégia tomada. O que se espera deste sistema-produto proposto é que exerça um perfil de intérprete da voz dos médicos para, então, dar forma à estratégia da instituição através do desenvolvimento de novos produtos e serviços, de seu processo de comunicação com esse público e do modo como esses produtos e serviços chegarão ao médico-usuário, segundo apontou Celaschi (2007) na parte teórica deste trabalho. Do mesmo modo, este projeto de design estratégico carrega a responsabilidade de contribuir na explicitação do modelo de gestão adotado pela organização e definir sua identidade (CELASCHI, 2007) junto ao corpo clínico ainda não aderente, amparando-se numa realidade de inovação aberta ainda em construção na empresa.

5.4 SERVIÇOS E BENEFÍCIOS

O sistema-produto desenhado por este projeto de design prevê que o médico-usuário seja contemplado por um conjunto de mecanismos que favoreça o alcance de soluções para suas necessidades, partindo-se de aspectos que compõem as condições mínimas de trabalho e perpassando os demais atributos que compõem as razões de escolha dos médicos pela instituição que decidem atuar. Tais mecanismos serão representados por serviços de alto valor, projetados a partir da visão ampliada de cada fração constituinte do conceito de design proposto, conforme Quadro 7.



Quadro 7 – Visão ampliada do conceito do projeto

Nesta linha, os serviços propostos cumprem um papel de sensibilizar a relação da instituição com os médicos a partir da geração de significados direcionados a cada uma das necessidades e razões de escolha, dando motivos para que a preferência do médico pelo Hospital Mãe de Deus seja manifestada e resulte em fidelização.

Assim, apresentamos nos Quadros 8, 9, 10, 11, 12 e 13 uma série de possíveis serviços extraídos da visão ampliada do conceito de design gerado no *workshop*, apresentando uma explicação detalhada das ações e destacando as principais áreas envolvidas em suas definições e execuções.

A) Condições de trabalho	Área estratégica: Executiva
Recursos empregados pela empresa para desenvolver, manter ou intensificar os seguintes serviços	
1. Investimentos constantes em tecnologia e equipamentos	
2. Qualificação técnica constante, com formação referencial das equipes	
3. Funcionalidades de processos, eliminação de atrasos e empecilhos burocráticos que impactam negativamente na atuação do médico dentro e fora do hospital	
4. Oferta abrangente de especialidades médicas como garantia para uma boa prática da medicina	
5. Qualificação constante para médicos, com formação em temas de gestão	
6. Espaço físico propício ao ócio criativo, ao relacionamento social e à manifestação aberta de opiniões	
7. Comunicação de caráter informativo constante com o médico	

Quadro 8 – Serviços para “Condições de trabalho”

B) Valorização e crescimento profissional	Áreas estratégicas: Executiva/Médico-Assistencial
Serviços voltados ao reconhecimento do médico na sociedade e na comunidade médica e à valorização de seu desempenho na carreira	
1. Programa estruturado de investimento em bolsas para aperfeiçoamento técnico	
2. Incentivo e facilidade de acesso para congressos e redução de custos junto a instituições educativas, num crescente estreitamento de relações entre os médicos, hospital e universidade	
3. Parcerias e associações com hospitais de referência do Brasil e do exterior	
4. Criação de canais específicos de conteúdo online, possivelmente a partir de estrutura física já existente na empresa	
5. Equipe do Programa Médicos Mãe de Deus apta a organizar eventos para celebrar trabalhos representativos de médicos realizados dentro e fora da instituição, bem como reconhecer tempo de dedicação à casa (tempo de serviço)	
6. Entrega solene de medalhas personalizadas como registros sensíveis do reconhecimento e gratidão ao médico, contribuindo para a criação de uma cultura do reconhecimento	
7. Fortalecimento da comunicação e informação para valorizar os serviços já existentes: Universidade Corporativa, Escola Superior de Saúde, apoio à pesquisa, etc.	

Quadro 9 – Serviços para “Valorização e crescimento profissional”

C) Poder para captar clientes	Área estratégica: Executiva
Serviços de atualização de informações fundamentados no poder da comunicação	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipe de atendentes técnicos com atuação externa, dedicada a “estar onde o médico está”, realizando visitas nos consultórios ou clínicas particulares para lembrança e fortalecimento dos atributos da marca Mãe de Deus, da atuação integrada do Sistema de Saúde Mãe de Deus e dos serviços estruturados do Centro Clínico, Centro Comunitário, Cor, etc. 2. Nova proposta de atuação das equipes de <i>call center</i>, com desempenho direcionado à ativação de agendas/atendimentos por especialidade médica 	

Quadro 10 – Serviços para “Poder para captar clientes”

D) Remuneração	Área estratégica: Executiva
Mecanismos e processos internos desenvolvidos pela empresa para oferecer diferenciais a partir dos seguintes serviços	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Plano de carreira que contemple as peculiaridades dos vínculos trabalhistas estabelecidos entre hospital e médicos 2. Pacote de remuneração que transcenda o aspecto financeiro por serviços prestados, considerando – como mecanismo de retenção – ajuda de custo com previdência privada ou com a formação dos dependentes, atrelado ao seu desempenho individual 3. Outros serviços complementares: estrutura de controle de contas, resolução de pendências burocráticas, etc. 	

Quadro 11 – Serviços para “Remuneração”

E) Estilo de vida	Áreas estratégicas: Executiva/Médico-Assistencial/Médico-Científica
Serviços complementares, não essenciais, de caráter afetivo-emocional	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilidades e conveniências para o bem-estar do médico e familiares, a partir de parcerias-chave estabelecidas pela equipe do Programa Médicos Mãe de Deus, em categorias eleitas de acordo com as preferências e solicitações dos médicos (assessoria jurídica, reservas em shows e restaurantes, assistência viagem/turismo, assistência automotiva, assessoria de imprensa, etc.) 2. Através da equipe do Programa Médicos Mãe de Deus, organização de eventos de caráter social, por especialidade médica ou por afinidade dos profissionais, motivando aproximação e relacionamento entre a classe 3. Criação de confrarias com interesses diversos: vinhos, moda homem/mulher, veículos, esportes, destinos do mundo, gastronomia, filhos, etc., fortalecendo a humanização do processo de relacionamento e criando vínculos afetivos e emocionais 4. Criação de evento periódico, essencialmente realizado nas dependências da instituição, por especialidade médica, em que serão convidados a participar médicos e suas famílias, fortalecendo vínculos emocionais e gerando momento propício para comunicações de cunho estratégico 5. Outros serviços complementares, destinados especialmente a médicos não credenciados ao Hospital Mãe de Deus 	

Quadro 12 – Serviços para “Estilo de vida”

F) Projetos sociais	Áreas estratégicas: Executiva/Médico-Assistencial/Médico-Científica
Serviços operacionalmente agenciados pela estrutura do Programa Médicos Mãe de Deus, com envolvimento das três grandes áreas de gestão	
1. Organização de projetos sociais de acordo com “pesquisa de necessidades comunitárias” junto ao corpo clínico	
2. Promover a participação dos médicos em projetos sociais externos, dedicando um veículo adequado (van, ônibus) para transportar grupos de médicos até os locais onde se desenrolam projetos de responsabilidade social	
3. Serviços complementares, como criar e gerir agenda de participação dos médicos nesses projetos, considerando seus compromissos profissionais dentro e fora da instituição, de forma a facilitar os processos e encorajar a participação do público médico	

Quadro 13 – Serviços para “Projetos sociais”

5.4.1 Comunicação

Trata-se de uma frente de trabalho fundamental para a concretização do sistema-produto destinado ao relacionamento com o corpo clínico, pois representa o “fazer ver” (ZURLO, 2010) de todo o esforço de inovação da empresa voltado ao usuário-médico. O médico – beneficiário de um sistema inovador que promove o relacionamento com a instituição a partir da gestão de soluções para suas necessidades – precisa ser comunicado efetivamente sobre esse trabalho. O mecanismo de comunicação terá um valor semelhante ao do olhar humano-afetivo, permeando cada setor do sistema e valorizando a concretização dos resultados.

Tendo a área Executiva da empresa como principal envolvida no processo, o serviço de comunicação terá como papel essencial passar informar os benefícios do sistema ao público médico. Entende-se que algumas estruturas internas disponíveis ou em desenvolvimento poderão ser utilizadas, como a Revista Corpo Clínico e o Prontuário Eletrônico, assim como se propõe o uso de veículos informativos adequados à aproximação interativa com o médico em breves espaços de tempo, tal como ferramentas eletrônicas e ações online. A comunicação será ativada pela área de marketing, não exigindo alterações profundas em sua estrutura orgânica, e deverá contar com um envolvimento intenso dos parceiros externos – agência de propaganda, assessoria de imprensa, estúdio de design, empresas de eventos, etc. – adaptados ao projeto de relacionamento orientado pelo design. Terá responsabilidade de compartilhar os conceitos do modelo de gestão integrada do corpo clínico, desfazendo mitos e compartilhando objetivos da empresa, especialmente importante ao se considerar médicos aspirantes em início de carreira ou desconhecedores da empresa.

Embora com poder limitado para “tornar tangível”, característica própria de um serviço, a comunicação trará benefícios concretos aos médicos e à empresa por centralizar e compartilhar informações, esclarecimentos e divulgações relacionados aos demais serviços oferecidos por todos os setores do sistema-produto. Deverá apresentar-se como uma ferramenta bidirecional, onde o *feedback* dos médicos será parte integrante desse “procedimento de sutura” do sistema de relacionamento, retroalimentando o processo de aprendizagem da empresa através da inovação colaborativa, e participando do desenvolvimento da sistemática da inovação aberta na instituição. O sistema-produto contemplando os serviços projetados para o relacionamento com os médicos pela ótica do design estratégico pode ser visualizado na Figura 21.

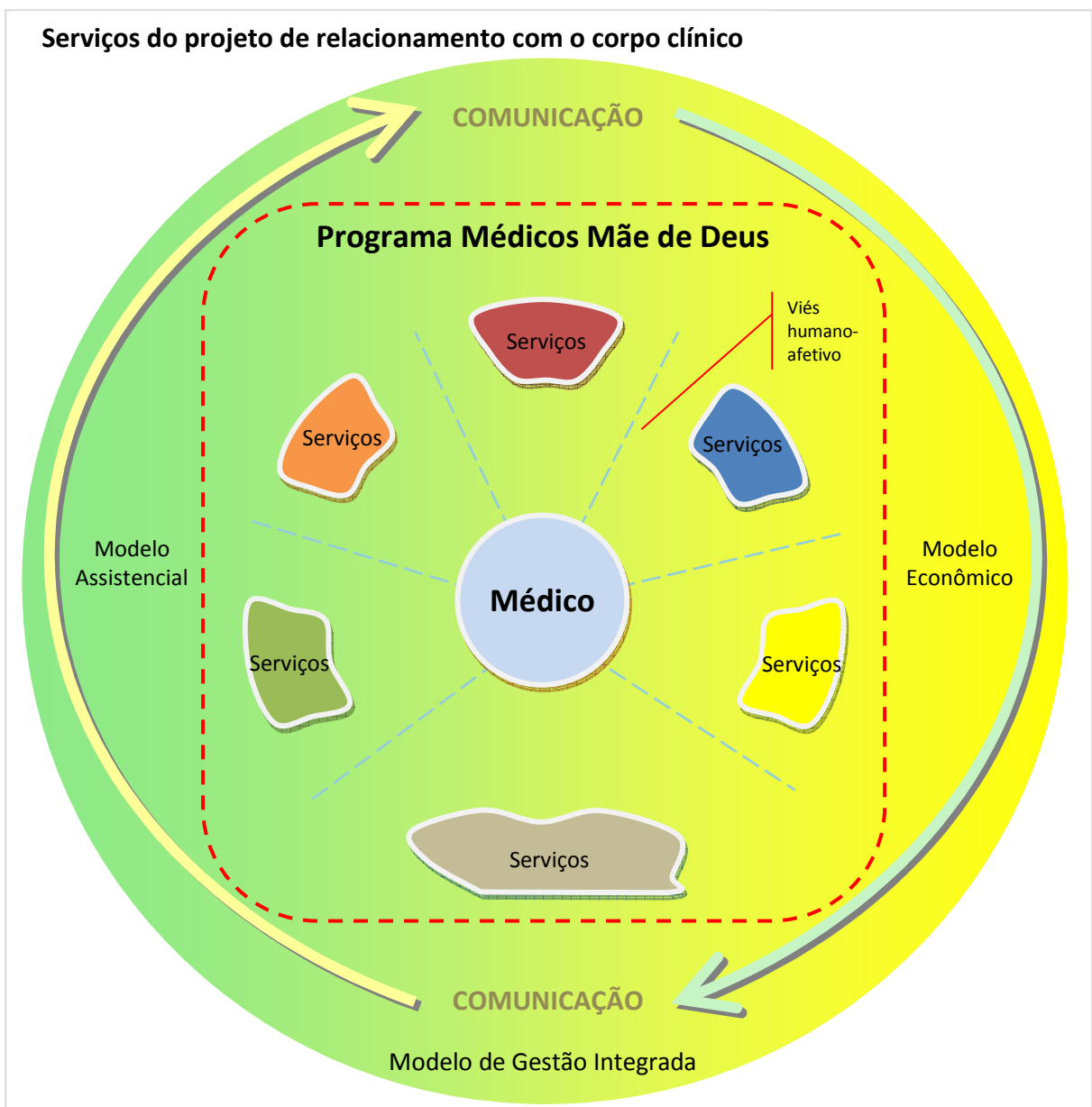


Figura 21: Sistema-produto dos serviços de relacionamento com o corpo clínico

5.5 PROCESSO DE TROCAS – CRIAÇÃO DE RELACIONAMENTO

É indispensável considerar-se os esforços de inovação da empresa na busca da mudança cultural e no processo de aprendizagem, necessários para o êxito do projeto. Esta oferta de serviços não se dispõe como um arranjo exaustivo, finalizado, pois um projeto de inovação se alimenta constantemente de novas ideias e novas conexões que nascem das anteriores.

Os serviços apresentados acima são propostos para desenhar um sistema-produto voltado a desenvolver o relacionamento dos médicos junto ao Hospital Mãe de Deus em longo prazo, prevendo uma construção estruturada do todo. Tal sistema exige – na busca de uma efetividade representada pela “fidelização” do médico junto à instituição – uma troca entre as partes, caracterizando um processo de relacionamento onde os benefícios têm de ser mútuos para que se mostre sustentável. A organização espera do médico um rendimento profissional mais eficiente e sua fidelização à instituição para sustentar o modelo econômico-assistencial do hospital. A recompensa do profissional, por sua vez, reveste-se dos próprios serviços entregues pela empresa, uns livres de demonstrações de desempenho, outros exigentes em termos de comprovação de resultados. Os primeiros, destaca-se, carregam mais visivelmente o viés humano-afetivo que dá tom ao conceito de design do projeto.

O envolvimento humano-afetivo alimenta o sentimento de pertencimento do médico como usuário pleno do sistema, e cria um comprometimento de retribuição (troca) gerador de um comportamento relacional de fidelização, de preferência e de apreço pelo esforço movido pelo conjunto de complexidades da organização em valorizá-lo e reconhecê-lo como um parceiro do Hospital Mãe de Deus, como um amigo da sociedade e da comunidade, e como um ser humano feliz com a atividade profissional que executa.

6 CONCLUSÕES

O capítulo final deste estudo é formado pelo apanhado de seus resultados, apresentando conclusões e aplicações de sua implementação prática, de maneira a caracterizá-lo como um projeto de inovação, e traz igualmente limitações encontradas no trabalho e indicações para novos estudos. Este trabalho de pesquisa concentrou-se em analisar que contribuições um contexto de inovação aberta poderia acrescentar a um projeto de design estratégico numa instituição hospitalar. De maneira mais precisa, esta dissertação buscou entender como um projeto voltado ao desenvolvimento de novos serviços ao público médico do Hospital Mãe de Deus, conduzido pela lógica do design estratégico, poderia apoiar-se no uso da *open innovation* como modelo de inovação praticada nessa instituição e, assim, gerar diferenciação para a empresa em seu mercado.

Para que tal fenômeno pudesse ser investigado e compreendido, fez-se necessária a construção de três pilares consistentes. Em primeiro lugar, uma base teórica que permitisse compreender conceitos e linhas de entendimento acerca da pergunta de pesquisa e da natureza dos temas a serem abordados: design estratégico, *open innovation* e serviços; em segunda instância, o planejamento e a construção cuidadosa daquela que foi chamada etapa científico-projetual deste trabalho, que se preocupou em montar uma fonte rica de ideias, estímulos e rotas criativas para se chegar a resultados que pudessem oferecer uma solução efetivamente prática e aplicável para o problema da institucionalização do corpo clínico do hospital; como terceiro ponto e com o mesmo grau de importância dos demais, uma participação envolvente e colaborativa das pessoas da instituição no estudo como um todo, desde as fases iniciais dos depoimentos ainda desassociados entre si, até o passo final para a construção conjunta de perspectivas para um conceito de projeto. Aliado a esses fatores construídos ao longo da jornada, a escolha do método da pesquisa-ação mostrou-se coerente com a proposição dos objetivos, e com o fato de o próprio método exigir tal proximidade para a formulação de uma solução inovadora para o problema identificado.

Amparados numa análise de literatura recente, várias indicações de estudos possíveis acerca desses temas puderam ser identificadas, especialmente se considerarmos a interessante possibilidade de transdisciplinaridade entre eles. De fato, estudos relacionando design estratégico, inovação aberta e serviços configuram uma área de conhecimento ainda pouco explorada, porém de grande potencial de contribuição em projetos de desenvolvimento de novos serviços com aplicação prática, e também em pesquisas futuras.

Desse modo, este projeto de design estratégico apresenta-se como um fator de provocação de mudança organizacional, não restrita ao produto e ao resultado, mas uma mudança cultural motivadora de novos processos de inovação. Ao carregar em si um papel de apontar um novo modelo de inovação pela transformação organizacional, este projeto de design estratégico indica uma possibilidade de configurar-se num embrião para uma transformação na instituição estudada. Doutra modo, representa a possibilidade do Hospital Mãe de Deus experimentar, a partir deste projeto, um novo modelo de inovação que atenda a uma maior complexidade de demanda, contemplando olhares externos ao problema, congregando recursos internos com conhecimentos de fora, permitindo a transdisciplinaridade e dando continuidade ao processo de aprendizagem da organização.

Os resultados alcançados mostraram que o Hospital Mãe de Deus apresenta um contexto onde se observa a inovação aberta de forma prática, especialmente demonstrada por algumas características ou princípios apresentados na seção 2.2.3 deste trabalho. Essa inovação aberta vivenciada pela instituição manifesta-se através de uma prática própria da área da saúde, onde os talentos com conhecimento e competência de fora da empresa – os médicos – prestam seus serviços na e para a instituição, sem terem de abandonar atividades técnicas em outras organizações. Como característica prática do contexto de *open innovation* no Hospital Mãe de Deus, há uma busca constante por fontes de conhecimento externo (P&D externo), de forma que tal conhecimento gerado, descoberto e desenvolvido fora da empresa, com vistas a conduzir uma inovação, seja implementado dentro do hospital, uma vez que a organização não precisa, necessariamente, originar investigação a fim de lucrar com isso.

De outro modo, chegou-se à identificação no processo de pesquisa que olhares externos não somente constituem-se uma característica própria da prática da medicina e desse segmento, mas também contribuem para o fortalecimento do próprio contexto de inovação aberta encontrado nessa instituição – e que precisa ser disseminado a outras áreas da empresa. Agentes externos contribuem para o hospital pensar um modelo de inovação aberto, porém esta ainda não é uma prática consciente, processada, que favoreça a utilização do conhecimento tácito de outros profissionais internos à organização, sendo eles médicos contratados ou outros colaboradores de diversas áreas. Esta condição apresenta-se como fator relevante para o sucesso de outras práticas ou projetos inovadores ao longo da empresa, especialmente junto a colaboradores de áreas de apoio que não encontram o caminho necessário para sugerir soluções a questões levantadas em suas áreas de atuação. Reconhecemos aqui a menção feita por autores, neste trabalho, que apontam que a inovação aberta, além de apresentar-se como um conjunto de práticas para beneficiar-se da inovação,

também é um modelo cognitivo para criação, interpretação e pesquisa dessas práticas. Com este olhar crítico, pudemos identificar que a cultura de uma “prática da inovação” dentro do Hospital Mãe de Deus ainda está germinando e carece de formalização, de processos, de métodos que impulsionem essas mesmas práticas. A inovação acontece por estresse e não por processo, conforme apontado em depoimento da seção 4.1 deste trabalho.

De outra parte, a instituição explora certos fatores que trabalham favoravelmente para o sucesso de projetos de desenvolvimento de novos serviços, legitimando uma lógica da *open innovation* que dá o impulso necessário para o desenvolvimento sustentável dos modelos assistencial e econômico sobre os quais o Hospital Mãe de Deus se constitui. O principal fator – e aquele que desencadeia quaisquer outros que possamos elencar aqui – diz respeito à grande disposição da liderança administrativa (modelo econômico) e técnica (modelo assistencial) da empresa em buscar fontes externas que, com novos olhares, possam contribuir com soluções diferenciadoras nesse segmento de negócio. Tal incentivo da organização pôde ser concretamente percebido pela grande aproximação da instituição com a academia (Universidade Corporativa, Escola Superior de Saúde); pela busca de modelos em outras indústrias e segmentos (na siderurgia, por exemplo); pelo apoio a projetos de pesquisa, especialmente aqueles que não se restringem à área técnica médico-hospitalar, mas apresentam novos saberes relacionados à economia da saúde – discutindo o grande tema da inovação em suas mais variadas abordagens –; e pelo interesse, flexibilidade e compromisso em acolher e analisar um projeto conduzido sob o novo olhar do design estratégico direcionado a práticas de gestão junto a um público tradicionalmente pouco envolvido com atividades gerenciais.

Com essa ótica, o modelo de negócio inovador desenvolvido pelo Hospital Mãe de Deus, que integra a gestão assistencial à gestão administrativa, permitiu o desenvolvimento inicial de uma cultura de aprendizagem para novos projetos, a começar pela necessidade estratégica exposta pela instituição de buscar a fidelização dos médicos ainda não adeptos ao modelo de gestão integrada. Assim, este estudo – que aplicou um olhar sobre a contribuição da inovação aberta num projeto de design estratégico – identificou essa disposição do quadro diretivo como o principal ponto de compatibilidade entre a *open innovation* e o design estratégico, manifestado essencialmente pelas considerações levantadas pela própria empresa de que é necessária uma sistematização de seus processos internos de inovação, bem como pela possibilidade de que novos projetos sob a ótica do design possam se estender a outras áreas da empresa – outros estudos acadêmicos focados no design estratégico estão atualmente sendo conduzidos junto a essa empresa. De certa maneira, a organização precisa desenvolver

três elementos de orientação para a inovação, apontados em nosso quadro teórico: parceria, especialização e comprometimento – internos e externos –, para proporcionar mais possibilidades de criar inovação em serviços. A visão estratégica claramente apresentada pela empresa sobre como ela quer solucionar sua carência de processos de inovação tem de ganhar forma – e este é um dos objetivos propostos pelo design estratégico.

Buscando-se um aprofundamento sobre as questões encontradas, passou-se por um processo de construção de situações que permitisse favorecer a ideação para a formulação de um conceito e de um sistema-produto para um serviço considerado estratégico na instituição Hospital Mãe de Deus, mas ainda inoperante e desestruturado. A etapa científico-projetual deste estudo – a realização do *workshop* – foi construída e cuidadosamente planejada para que pudesse contemplar toda a riqueza de dados coletados na etapa científico-técnica, e fornecer subsídios elementares para o desenvolvimento da criatividade e para seu direcionamento aos objetivos do projeto de design propriamente dito.

Como resultados deste processo – também ele um método inovador, face à restrita sistemática de inovação praticada pela instituição –, chegamos ao entendimento de que alguns aspectos inerentes ao conceito do design estratégico se fazem valer mais destacadamente num contexto de inovação aberta, compatibilizando suas práticas. A lógica do fazer – que dá forma à estratégia proposta pela empresa e poderá vir a executá-la – é valorizada ao se aliar ao contexto da prática da *open innovation* porque esta, em sua essência, lida com a aproximação dos recursos externos aos recursos internos da organização. Neste projeto, as técnicas de design estratégico utilizadas sempre foram consideradas “recursos externos à empresa para desenvolver novos serviços”, o que favoreceu tal aproximação. Da mesma forma, as capacidades de *ver*, *prever* e *fazer ver* do design, que admitem uma proposição de cenários a partir de elementos observados, criticados, antecipados e projetados, encontra destaque numa situação de inovação aberta que abre espaço para uma possível execução dos conceitos e serviços projetados.

Pelo processo do *workshop* também se chegou a indicativos de que o uso da *open innovation* – ainda que assistemático – apresenta-se como uma ferramenta prática de funcionalidade ímpar para a inovação no âmbito estratégico do Hospital Mãe de Deus, especialmente porque se apóia no conhecimento de pessoas externas ao seu sistema juntamente a recursos internos. Tal funcionalidade encontra similitude no conceito transdisciplinar trazido pelo design estratégico, cuja aplicação no planejamento e nas atividades do *workshop* permitiu aproximar pessoas com distintas experiências de vida, profissionais de áreas diametralmente distantes de dentro e de fora da instituição hospitalar,

assim como cargos e responsabilidades atuantes na atividade-fim (médicos) e em atividades de apoio (analistas, diretores, secretários, gerentes, etc.) no hospital. Desta maneira, no *workshop* houve um grande vínculo entre recursos internos da organização – funcionários, independentemente de cargos ou funções – e agentes externos ao meio estudado, onde os primeiros encontraram caminho desimpedido para sugerir soluções sobre problemas levantados em suas áreas de vivência profissional, o que julgamos de grande importância para o sucesso da construção do conceito e do projeto como um todo. Em outros termos, sem o envolvimento e participação dessas pessoas não chegaríamos à concretização de um projeto que, em essência, requer essa condição.

No sistema-produto resultante dessa transdisciplinaridade, a inovação aberta permanece apresentando-se como um fator que contribui para sua efetivação. Em outros termos, o exercício da inovação aberta no Hospital Mãe de Deus exige autonomia da instituição para decidir agregar os novos valores propostos neste projeto de design – e outros benefícios que poderão decorrer daí – a partir de sua implementação ou de uma etapa de testes, e autonomia para rejeitar o projeto, caso julgue incoerente com sua estratégia. Assim, cabe observar a nota feita pelo autor na seção 2.2.3 deste estudo: para que a inovação ocorra, precisa haver uma atuação no mercado.

Quando nos referimos ao processo de condução deste projeto, ao seu andamento junto aos diversos atores e às dificuldades encontradas, é possível apresentar alguns aspectos que poderão ser úteis em outras investigações ou em implementações de projetos com o mesmo teor deste aqui apresentado. Sendo as disciplinas do design estratégico e da inovação aberta conhecimentos consideravelmente recentes, em pleno desenvolvimento, a primeira anotação faz refletir sobre as possibilidades de implementação de um processo inovador como este. É importante dimensionar com bastante precisão o entendimento prévio que a organização tem sobre os temas, sendo necessária uma análise conjunta e uma possível seleção de áreas ou assuntos mais propensos a acolher um projeto de tal importância e com tão grande índice de ineditismo. O descuido neste procedimento pode significar necessidade de alterações profundas nas definições do problema de pesquisa, um processo nem sempre simples de ser realizado. Da mesma forma, a maturidade profissional das pessoas ou equipes com quem o pesquisador irá se relacionar pode remeter a dificuldades na coleta de dados ou na participação em atividades projetuais, comprometendo as bases metodológicas ou conceituais do estudo, ou dificultando o desenvolvimento de atividades práticas para construção de cenários e proposição de soluções.

Em síntese, a contribuição efetiva da inovação aberta para este projeto de design estratégico aparece em sua própria existência, no exercício, prática e vivência desse modelo de inovação nessa instituição médica, com grande destaque e naturalidade na área técnica, mas igualmente nas demais áreas administrativas, de apoio, “não-assistenciais” da organização. É isso que constrói as condições e viabilidades para acolher e permitir que um projeto de design estratégico seja desenvolvido e proposto para aplicação prática. O fato da *open innovation* “estar acontecendo” é a própria contribuição ao projeto, pois não foi identificada a necessidade de construção de um ambiente para que este projeto de design estratégico pudesse nascer e ganhar forma. Assim, como resultados específicos para o projeto de design estratégico proposto aqui, tal contexto da inovação aberta experimentado pela organização contribui a partir da busca de um olhar externo por recursos conceituais e práticos de fora, onde o envolvimento ativo de pessoas (de fora e de dentro da organização) na realização do *workshop* garantiu a conceituação e elaboração do projeto. Por sua vez, o núcleo de design sugerido no projeto deverá contribuir não só para dar forma a esta solução estratégica, mas também deverá representar um ganho organizacional que implicará diretamente no desenvolvimento de uma cultura da inovação baseada num processo de aprendizado, dando continuidade à busca por conhecimento externo.

Finalmente, este estudo contribuiu para o desenvolvimento de um novo serviço destinado a promover a fidelização do corpo clínico do Hospital Mãe de Deus (descrito no capítulo 5), a partir do entendimento da contribuição das práticas de *open innovation* nessa instituição, e aplicando-se conceitos e ferramentas do design estratégico. Após uma exposição prévia para o hospital das linhas gerais deste estudo, onde não foram identificados quaisquer fatores que pudessem se contrapor às visões institucionais, o projeto de design de serviços daqui resultante está apto a ser testado, implementado e avaliado para que possa, então, ser tratado como um projeto de inovação em serviços. O estudo, no entanto, não acaba aqui, pois a construção do conhecimento é perene. Os resultados alcançados são limitados e remetem a dúvidas que poderão ser exploradas noutras incursões investigativas e noutros projetos práticos, conforme apontados a seguir.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É importante ressaltar que esta investigação caracteriza-se pela impossibilidade de generalização dos resultados, uma vez que parte de uma pesquisa exploratória qualitativa com uma visão de mundo “subjetivista”. Desta forma, a principal limitação deste estudo está na abordagem de um caso que, embora permita a exploração em profundidade dos conceitos de design estratégico, *open innovation* e design estratégico, primordialmente, restringe a possibilidade de generalizar as conclusões sobre o uso ou não de tais conceitos e técnicas numa gama mais abrangente de organizações.

O principal acréscimo esperado pela construção e proposição de um projeto de design de serviços diz respeito à sua aplicação prática, gerando possibilidades para reflexões acerca da metodologia e da proposta de valor (conceito) apresentadas e permitindo avaliar e medir seu grau de diferenciação. Deste modo, o presente estudo fica limitado à condição de o Hospital Mãe de Deus – considerando seus interesses estratégicos – aplicar uma ação prática, exercitando o projeto e construindo uma cultura de aprendizado pela *reflexão na ação*, o que terá, a nosso ver, um papel fundamental na busca pela vantagem competitiva.

6.2 SUGESTÕES PARA NOVOS ESTUDOS

Ao ponderarmos os fatores limitadores mencionados acima, abrem-se novas possibilidades para assinalarmos indicações de novos estudos que venham a contribuir com a ampliação do conhecimento a partir de novas investigações com o mesmo caráter exploratório. Apesar de nosso estudo aplicar um conceito transdisciplinar, aberto e caracterizado por percorrer modelos externos ao objeto de investigação, novas referências poderão ser avaliadas, preferencialmente mais distantes em termos de segmento da economia, em ramo de atividade e em modelo de negócio.

A partir deste trabalho, outros estudos poderão ganhar corpo para que novos conhecimentos sobre formas de relacionamento em contextos profissionais possam ser desenvolvidos. Em outros termos, este trabalho pode apresentar-se como base para novos estudos de relacionamento junto a categorias de profissionais, entre outras instituições e profissionais, entre empresas de mesmo segmento ou de segmentos distintos. Em ambientes

de inovação aberta possivelmente identificados nesses cenários profissionais, torna-se interessante investigar as condições em que surgem e se desenvolvem os relacionamentos entre esses sujeitos. Em todas essas possibilidades de novas investigações, poderão ser desenvolvidos estudos dos componentes e das dimensões desse relacionamento em diferentes processos.

Da mesma forma, novos estudos poderão envolver os sistemas de relacionamento de escolas e faculdades de graduação e pós-graduação com seu quadro de professores, que apresentam características peculiares a respeito de sua atuação profissional não exclusiva (prestam serviço em uma ou mais escolas, com ou sem vínculo empregatício); outros estudos poderão abranger o relacionamento estabelecido por clubes de lazer com seus sócios, que decidem afiliar-se após avaliação dos benefícios oferecidos (e pagam por tais benefícios, usufruindo-os ou não); ou, ainda, estudos direcionados a compreender os fatores inseridos no relacionamento dos torcedores aficionados de um clube de esporte com sua marca, num relacionamento de fidelização que pode ser observado ainda que em condições adversas (perante a derrota, os torcedores permanecem entusiastas).

REFERÊNCIAS

- BARNEY, Jay. **Firm Resources and Sustained Competitive Advantage**. Journal of Management, 1991.
- BEST, Kathryn. **Design management: managing design strategy, process and implementation**. Switzerland: Ava, 2006.
- CELASCHI, Flaviano. Dentro al Progetto: appunti di merceologia contemporanea. In: CELASCHI, Flaviano; DESERTI, Alessandro. **Design e innovazione: strumenti e pratiche per La ricerca applicata**. Capitoli 1 e 2. Carocci, Roma, 2007.
- CHEN, Ja-Shen; TSOU, Hung-Tai; CHING, Russel K.H. **Co-production and its effects on service innovation**. Industrial Marketing Management, 2011.
- CHESBROUGH, Henry. **The era of Open Innovation**. MIT Sloan Management Review, 2003a.
- _____. **Open Innovation: The new imperative for creating and profiting from technology**. Harvard Business School Press, Boston, Mass, 2003b.
- _____. Open Innovation: A New Paradigm for Understanding Industrial Innovation. In: CHESBROUGH, H.; VANHAVERBEKE, W.; WEST, J. **Open innovation: Researching a new paradigm**. Oxford University Press, 2006.
- _____. **Gestão da Inovação Aberta**. III Open Innovation Seminar. Centro de Open Innovation Brasil; Universidade da Califórnia - Berkeley. São Paulo, 2010.
- CHESBROUGH, Henry; SPOHRER, Jim. **A research manifesto for services science**. Communications of the ACM, 2006.
- DELL'ERA, Claudio; VERGANTI, Roberto. **Collaborative Strategies in Design-intensive Industries: Knowledge Diversity And Innovation**. Long Range Planning, 2009.

- DESERTI, Alessandro. Intorno al progetto: concretizzare l'innovazione. In: CELASCHI, Flaviano; DESERTI, Alessandro. **Design e innovazione: strumenti e pratiche per La ricerca applicata**. Capitoli 1 e 2. Carocci, Roma, 2007.
- DHANARAJ, Charles; PARKHE, Arvind. **Orchestrating innovation networks**. Academy of Management Review, 2006.
- DORST, Kees. The problem of Design Problems. In: **Design Thinking Research Symposium**. Sidney University of Technology, 2003.
- FINEP. **Manual de Oslo**: Proposta de Diretrizes para Coleta e Interpretação de Dados sobre Inovação Tecnológica. 2004. Disponível em: <http://www.finep.gov.br/imprensa/sala_imprensa/manual_de_oslo.pdf>. Acesso em: 24 out. 2010.
- FLUSSER, Vilém. **O mundo codificado: por uma filosofia do design e da comunicação**. Cosacnayf: São Paulo, 2007.
- FREDBERG, Tobias; ELMQUIST, Mariael; OLLILA, Susanne. **Managing Open Innovation – Present Findings and Future Directions**. Vinnova, 2008.
- FREDERICK, Bjorn Werner Biben. **Um entendimento ampliado da participação dos clientes na inovação em serviços**. Biblioteca Digital de Tesis y Disertaciones de La USP. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-08112010-164006/es.php>>. Acesso em: 6 abr. 2011.
- GABRIELLI, Francisco Eduardo. O setor hospitalar brasileiro. In: GABRIELLI, Francisco Eduardo. **O setor hospitalar e o sistema de saúde: os hospitais gaúchos e a ambulancioterapia no início do século XXI**. Capítulo 4. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27447>>. Acesso em: 17 de maio de 2012.
- GRIFFIN, Abbie. **PDMA Research on New Product Development Practices: Updating trends and benchmarking best practices**. Journal of Product Innovation Management, 1997.

- HAGEL, John; BROWN, John. **Creation Nets: Harnessing the Potential of Open Innovation**. 2006.
- HOSPITAL MÃE DE DEUS (HMD). **Apresentação Benchmark HCor** [powerpoint]. 25 slides. Porto Alegre, 2011a.
- HOSPITAL MÃE DE DEUS (HMD). **Marketing e Comercialização** [powerpoint]. 14 slides. Porto Alegre, 2011b.
- HOSPITAL MÃE DE DEUS (HMD). **Programa de Relacionamento com os Médicos Mãe de Deus** [powerpoint]. 22 slides. Porto Alegre, 2011c.
- JANG, Seongkeun; YOON, Yongki; LEE, Inseong; KIM, Jinwoo. **Design-Oriented New Product Development**. Research-technology Management, 2009.
- JAW, Chyi.; LO, Jyue-Yu & LIN, Yi-Hsing. **The determinants of new service development: Service characteristics, market orientation, and actualizing innovation effort**. Tachnovation, 2010.
- JOHNE, Axel; STOREY, Chris. **New service development: a review of the literature and annotated bibliography**. European Journal of Marketing, 1998.
- MAGER, Birgit. Service Design. Apud: ERLHOFF, Michael; MARSHALLE, Tim (Ed.). **Design Dictionary: Perspectives on Design Terminology**. Basel: Birkhäuser, 2007. Disponível em: http://www.service-design-etwork.org/system/files/Mager_Service%20Design_0.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2011.
- MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Editora Atlas, 2ª Ed., 2009.
- MELO, Ana Roberta Alves de; SILVA, Simone de Castro Azevedo; ARAÚJO, Ana Cláudia Coutinho de; QUEIROZ, Cecília Telma Alves Pontes de. **Diagnóstico das práticas de**

gestão do conhecimento no setor hospitalar. Qualit@s Revista Eletrônica, ISSN 1677 4280, vol. 8, nº 1, 2009. Disponível em: <<https://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/637/339>>. Acesso em: 17 de maio de 2012.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

MORITZ, Stefan. **Service design – Pratical access to an evolving field.** Londres, 2005.

OSTERWALDER, Alexander; PIGNEUR, Yves. **Business Model Generation – Inovação em Modelos de Negócios: um manual para visionários, inovadores e revolucionários.** Rio de Janeiro: Alta Books, 2011.

PARODE, Fábio; SCALETSKY, Celso C. Imagem e pesquisa Blue sky no design. In: **Anais do XII Congresso SIGraDi 2008**, Havana: CUJAE, 2008.

PASTORI, Douglas; MERKER, Fábio; LOPES, Joeline; SEZERA, Juliano; MONTAÑA, Misael; VISONÁ, Paula; BALEM, Tiago. **Strategic management process design e o pensamento sistêmico: a emergência de novas metodologias de design.** Strategic Design Research Journal, 2 (1): 11-23 janeiro-junho 2009.

PEPPERS & ROGERS GROUP. CRM Series – **Marketing 1to1** – 3ª Edição. São Paulo, 2004.

SCHÖN, Donald A. **Educando o profissional reflexivo.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA, Henrique Salvador; KAEMMERER, Alberto; SCHOUT, Denise (Ed.). ANAHP. **Gestão do Corpo Clínico – Experiência dos Hospitais da ANAHP.** Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS (SSMD). **Institucional.** Disponível em: < <http://www.maededeus.com.br/2010/Institucional/Congregacao.aspx>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

SUNDBO, Jon; GALLOUJ, Faiz. **Innovation in service**. SI4S Synthesis Paper, 1998.

TERRA, José Cláudio. Colaboração em P&D: As Fronteiras Emergentes da Inovação. In: TERRA, José Cláudio (Org.). **Inovação – quebrando paradigmas para vencer**. São Paulo: Editora Saraiva, 2007. Disponível em: <<http://biblioteca.terraforum.com.br/Paginas/Colabora%C3%A7%C3%A3oemPDAsFronteirasEmergentesdaInova%C3%A7%C3%A3o.aspx>>. Acesso em: 17 fev. 2011a.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

TIDD, Joe; PAVITT, Keith; BESSANT, John. **Gestão para inovação**. Porto Alegre, Bookman: 2008.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Educação e Pesquisa. São Paulo, 2005.

UTTERBACK, James; VEDIN, Bengt-Arne; ALVAREZ, Eduardo; EKMAN, Sten; SANDERSON, Susan Walsh; TETHER, Bruce; VERGANTI, Roberto. **Design-inspired Innovation**. Capítulos 1 e 4. New York: World Scientific Publishing Company, 2006.

VACCARO, Guilherme Luís Roehde; SILVA, Débora Oliveira da. **Análise da Gestão da Inovação em Serviços Hospitalares: um estudo no Hospital Mãe de Deus**. Relatório Executivo. Porto Alegre, 2011.

VARGAS, Eduardo Raupp; ZAWISLAK, Paulo Antônio. **Inovação em serviços no paradigma da economia do aprendizado: a pertinência de uma dimensão espacial na abordagem dos sistemas de inovação**. Revista de Administração Contemporânea, vol. 10, nº 1, Curitiba, Jan/Mar 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-6552006000100008&script=sci_arttext> Acesso em: 14 out. 2010.

VERGANTI, Roberto. **Design Driven Innovation: Changing the Rules of Competition by Radically Innovating What Things Mean**. Harvard Business Press, 2009.

_____. **Innovation Through Design**. London: Harvard Business Review, 2006.

ZURLO, Francesco. Design Strategico. In: AA. VV., **Gli spazi e Le arti**. Volume IV, Opera XXI Secolo, Editore Enciclopedia Treccani, Roma, 2010.

APÊNDICE A – CONTRIBUIÇÕES PARA A PESQUISA

No decorrer deste estudo, o pesquisador participou de dois seminários internacionais sobre *open innovation* que contribuíram para a investigação, o primeiro desenvolvido em colaboração entre o Centro de Open Innovation Brasil e a Universidade da Califórnia – Berkeley, e entre o mesmo Centro de Open Innovation Brasil e a Fundação Dom Cabral no segundo evento. O primeiro seminário ocorreu nos dias 1, 2 e 3 de dezembro de 2010, em São Paulo, e foi constituído pelo seminário propriamente dito no primeiro dia, seguido de um curso intensivo sobre Gestão da Inovação Aberta nos dois dias seguintes. No dia inaugural, foram proferidas palestras sobre temas como gestão da inovação, inovação aberta em serviços e tomada de decisão para processos inovativos, por representantes de universidades nacionais e internacionais, além de terem sido apresentados casos de aplicação da inovação aberta em grandes e pequenas empresas da França e na área da saúde do Reino Unido, por exemplo. Complementarmente, ocorreram painéis relacionados aos temas e casos apresentados, com participação de representantes da iniciativa privada, da área acadêmica e do governo. Deste evento – que aponta a presença de instituições acadêmicas e empresas de cunho privado, e cuja atuação no âmbito da *open innovation* é prioritária em suas atividades estratégicas – foram coletados dados referentes à evolução dos conceitos relativos a este tema e sua aplicação prática na vida das empresas, especialmente no que se refere à área de serviços.

O segundo seminário aconteceu nos dias 23, 24 e 25 de novembro de 2011, no mesmo local. Nesta edição, o pesquisador tomou parte em três cursos distintos. O primeiro – Cultura da Inovação – visava dar subsídios para gestores na condução de iniciativas que estimulam atitudes e comportamentos inovadores nas organizações, analisando características de uma cultura de inovação e discutindo relações entre liderança, estratégia, estrutura e cultura, além de apresentar ferramentas de gestão de mudanças. O curso *Managing Open Innovation* teve como objetivo explorar aspectos-chave da inovação aberta, desenvolver inspirações e percepções sobre diferentes abordagens para a inovação aberta, discutir como organizar o ambiente corporativo para iniciar novos negócios e como pesquisar e aproveitar a complementaridade. O último curso versou a Gestão Estratégica da Inovação e apresentou conceitos, abordagens e ferramentas de gestão da inovação. Buscou desenvolver a capacidade para iniciar e conduzir projetos de inovação, para implementar e gerir processos de inovação, para alinhar iniciativas de inovação à estratégia do negócio e para cultivar ambientes criativos e inovadores, como por exemplo, pelo uso de técnicas e capacidades do design.

Nota: A programação, os temas e casos apresentados, bem como os palestrantes e painelistas participantes do III Open Innovation Seminar e do IV Open Innovation Seminar poderão ser consultados através do sítio www.openinnovationseminar.com.br.

APÊNDICE B – ROTEIRO-BASE DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

- 1) Como é o funcionamento de sua área? Qual a relação existente entre projetos de inovação com objetivos claros e o Planejamento Estratégico do HMD?
- 2) Em quais áreas da instituição seria possível identificar pessoas que dedicam parte de seu tempo à busca e geração de ideias, ao exercício de novas práticas, ao favorecimento e à gestão de um ambiente criativo? Há interesse da instituição em contratar pessoas inovadoras?
- 3) Em sua área, que metodologia é utilizada para gerar ideias de maneira regular e sistematizada? E quais são as metodologias específicas para a gestão de projetos inovadores?
- 4) Na sua área, qual o cuidado empregado para propiciar um ambiente de troca de ideias entre as pessoas? Que barreiras hierárquicas ou funcionais você observa? Seus funcionários têm acesso/permissão para fazerem sugestões?
- 5) Como são tratados os projetos/iniciativas que não tiveram sucesso? Qual o tratamento dado aos projetos e às pessoas inovadoras?
- 6) Conte alguma experiência colaborativa de sua área com outras organizações (departamentos, clientes, fornecedores, etc) para alcançar a inovação.
- 7) O que é inovação?

APÊNDICE C – ANÁLISE DOS MODELOS EXTERNOS

Nossa busca por referências em outros contextos e inteligências, externos ao ambiente da instituição de saúde pesquisada, ocorreu em duas situações complementares, conforme já detalhado no capítulo referente ao processo metodológico deste estudo. Foram ouvidas pessoas que, representando suas organizações, apresentaram visões particulares sobre suas práticas de relacionamento a junto a alguns públicos específicos. Sendo uma delas uma cooperativa que opera planos de assistência médica, e a outra um laboratório farmacêutico, em ambos os casos o modelo de relacionamento com os médicos é substancialmente diferente daquele praticado pelo Hospital Mãe de Deus. Ademais, o próprio conceito estabelecido para esse profissional é por vezes divergente daquele desenhado pela instituição de saúde.

Nas atividades do *workshop*, os participantes puderam expor suas visões sobre o tema com mais direcionamento a partir da atividade inspiracional do especialista em relacionamento. Os objetivos e estratégias claros do porque e para que as empresas desenvolvem programas e táticas de relacionamento com seus públicos constituíram-se em consistentes referenciais para as discussões para nossa análise.

A. Cooperativa de planos de assistência médica

O primeiro modelo externo refere-se a uma cooperativa de trabalho médico com 40 anos de atividades, líder na gestão de planos de assistência à saúde com 40% de participação do mercado, e cujo faturamento anual chega a 1,4 bilhões de reais, dos quais em torno de 450 milhões de reais são distribuídos aos sócios – os médicos cooperados –, seja na forma de trabalho direto ou como participação nos resultados.

De acordo com o entrevistado, a empresa vem atravessando um processo de preparação de gestores para futuramente conduzirem a empresa, que têm atualmente uma faixa etária baixa, com alguns gerentes classificados como Geração Y. Neste processo, a busca pela inovação se faz presente através da

... visão de perceber como essas pessoas se comportam, como elas pensam, o que elas sentem, como elas percebem o mundo, o que para elas é interessante e importante, e isso faz a gente repensar processos dentro de casa. (...) É uma mudança cultural da empresa de poder apostar fortemente em identificar e reter talentos e fazer um plano de sucessão altamente focado.

Segundo o entrevistado, essa empresa investe no próprio crescimento pelo desenvolvimento de novos produtos e de segmentos de mercado. Por ser líder e por ter uma marca fortemente reconhecida, pretende aperfeiçoar tais condições para estar presente onde ainda não atua. No que tange a segmentos de mercado, é líder nas classes A e B e tem planos estabelecidos para liderar também na classe C, que demonstra costumes e comportamentos substancialmente distintos daqueles com quem já se relacionam. Nas palavras do entrevistado, “... estamos entrando fortemente nesse segmento C e um desafio nosso é mudar essa cultura da classe C”, revelando uma intenção estratégica de desenvolver e construir um relacionamento com esse segmento adequado às suas características. A cooperativa também debate intensamente formas de poder ajudar as pessoas a terem mais saúde, numa missão social incorporada às suas atividades de intermediário ou prestador de saúde. Para o entrevistado, sem isso não é possível agregar valor ao serviço que é entregue.

Os hospitais são simultaneamente clientes e parceiros. A cooperativa não presta serviços diretamente aos clientes – chamados “beneficiários” –, mas contrata uma rede de prestadores – pessoa física ou jurídica – para atender seu beneficiário de maneira eficaz, pois detém o domínio do tema.

É uma estratégia da empresa que, para aqueles produtos que são extremamente diferenciados em qualidade, tem que ter os melhores prestadores. Então, tu pegas os hospitais do porte de Mãe de Deus, Moinhos de Vento, Santa Casa, PUC, Clínicas, Divina, esses hospitais têm que estar na rede. Tu não consegues viabilizar um bom atendimento em Porto Alegre se tu não tens a melhor rede de hospitais, assim como se não tiver a melhor rede de laboratórios, clínicas de imagem, assim como também – e eu acho que é o que diferencia para as outras – é a qualidade da rede de seus médicos.

São seis mil médicos associados à cooperativa que têm uma capilaridade geográfica importante para prestar o serviço adequado aos beneficiários. De acordo com depoimento, diferentemente do hospital, que é considerado cliente e parceiro do negócio, o médico apresenta três frentes de abordagem: ele é dono do negócio, o que reflete em seu interesse na participação dos resultados da empresa; ele é prestador pessoa física, que atende diretamente o cliente e tudo inicia nele; e em muitas vezes é prestador pessoa jurídica, dono de uma clínica. Todos os seis mil médicos são também beneficiários, pois têm o plano subsidiado pela cooperativa. Assim,

Essa relação se confunde em todas as etapas do nosso processo e a grande dificuldade – talvez o grande desafio – é fazer com que ele (...) perceba que ele

tem que ser cada vez mais dono, para encarar isso aqui como uma empresa dele, tem de gerar bons resultados para poder voltar esses bons resultados prá ele, do que se aproveitar de uma estrutura instalada para ele ganhar mais dinheiro.

O relacionamento com o médico enquanto acionista ou sócio da empresa, segundo entrevistado, está sendo estruturado para que se alcance o objetivo supracitado. Na visão do entrevistado, os médicos não manifestam interesses pela gestão da empresa, mas apenas pelo fator remuneração, fruto de uma desvalorização – financeira e de *status* social – sofrida pela classe ao longo dos anos. Segundo pesquisas encomendadas pela cooperativa e citadas na entrevista, no entanto, um grande percentual dos médicos mais novos tem demonstrado interesse e preocupação sobre onde estão investindo seus recursos, visando uma qualidade de vida futura. Há, segundo entrevista, uma grande preocupação a esse respeito, o que fez com que a empresa “reprojetasse” a chamada área do cooperado, “onde vamos ter tipo um gerente de conta de banco, por especialidade (médica)”, numa primeira ideia de focar o relacionamento no acionista, entendendo o que ele tem de necessidades para poder agir.

As pesquisas realizadas com cerca de 300 a 400 médicos do universo de 6 mil cooperados são um indicativo do que precisa ser realizado face às insatisfações desses profissionais com a casa. Porém, na visão da organização, mesmo que sejam disparadas ações a partir dessas pesquisas, não se consegue que os médicos percebam o que a empresa tem ou fez para melhorar essa relação pelo fato de que o *feedback* aos médicos não é direto nem individualizado. Isso motivou uma decisão estratégica da empresa de trabalhar as pesquisas de maneira diferente, através de grupos focados com um número menor de médicos, de forma a possibilitar uma compreensão sobre o que esses atores pensam da cooperativa, além de poder mostrar a empresa de forma mais assertiva.

A decisão de aprimorar seu relacionamento com os médicos fez com que a empresa projetasse também um novo plano de remuneração variável, onde a distribuição dos lucros será feita parte em valores financeiros, parte em serviços que foram identificados como importantes para esse público, como por exemplo, previdência privada ou ajuda financeira para redução de custos fixos. Este novo plano de remuneração variável deverá atingir não somente os médicos acionistas da cooperativa, mas sim todos os médicos cooperados da instituição.

Outro projeto estratégico que aborda o relacionamento da empresa com o médico traz à discussão o perfil do cooperado que a empresa precisa – ou deseja – ter para que alcance as metas estabelecidas para 2020. Para isso, já vêm sendo trabalhados critérios de inclusão e exclusão de médicos, com regras mais claras e definidas – por necessidade da unidade cooperada, e não por inscrição do médico –, para conseguir desenhar um quadro de médicos dentro do perfil estabelecido e, a partir disso, relacionar-se de forma mais eficaz.

A terceira estratégia descrita pela organização, que envolve diretamente o médico, diz respeito a um novo modelo assistencial que, segundo o entrevistado, tem relação direta com a estratégia de chegar à classe C, e também com uma desejada mudança de comportamento dos usuários dessa classe, que hoje vão para a emergência ou para o Pronto Atendimento sem terem um médico de vinculação, sem agendamento.

É um projeto de cultura da população, mas também de um novo desenho da cooperativa, para poder atender a esse direcionamento que a própria população dá, esse consumo na área da saúde que a própria população tem como referência.

O médico credenciado dessa empresa tem canais para estabelecer contato e expressar suas necessidades, tecer críticas ou apresentar ideias. O médico tem à disposição o site da empresa, endereço eletrônico exclusivo, número de telefone dedicado, uma pesquisa mensal com cerca de 80 cooperados, que recebem ligações da empresa para medir sua satisfação, um sistema chamado “linha direta com o cooperado”, direcionado exclusivamente ao médico, iniciativas da empresa para passar informações aos médicos. Em linhas gerais, existem canais ativos e passivos para aproximar-se do médico e ouvi-lo. No entanto, o médico não é estimulado a fazê-lo.

... ele não é estimulado a vir na cooperativa falar. Ele vem quando ele tem algum problema. Ele não vem prá participar, ele vem prá resolver um problema. Ele não gosta de se deslocar até aqui, o médico não está aqui. O médico tá lá no Mãe de Deus, o médico tá na Santa Casa, o médico tá no Divina, o médico tá na PUC, no Moinhos de Vento... O médico não tá aqui, ele tá atendendo paciente.

Dessa forma, a empresa pretende desenhar outro formato de atividades para estimular esses profissionais a iniciarem ou manterem um relacionamento. A tática de ir até o médico em seu local de atuação profissional é considerada, mas exige outra roupagem, segundo depoimento, de forma que o médico veja valor e benefício nesse relacionamento e não deseje aproximar-se da empresa somente se e quando surgirem questões operacionais ou burocráticas de sua atividade assistencial, pois o médico “não tá acostumado a participar”. Para isso, os médicos serão convidados a atividades de caráter social em grupos que têm, entre si, alguma proximidade maior, de maneira a gerar certa cumplicidade em sua participação.

A participação do médico na geração de ideias para a organização, no entanto, não está restrita ao relacionamento direto com os médicos cooperados. O Conselho de Administração da

cooperativa é representante dos médicos, que escolhem seus 15 membros. Estes conselheiros trazem muitos pontos de discussão e mesmo ideias novas, mesmo que de maneira não formal, não padronizada, que poderão ser consideradas e mesmo implementadas pela estrutura.

Além dessa vertente, existem Comitês de Especialidades, que se reúnem com frequências estabelecidas nas dependências da cooperativa, onde se discutem ideias a respeito de problemas da área. Esses comitês são indicações das respectivas sociedades médicas. Nas palavras do entrevistado,

... Sociedade Gaúcha de Traumatologia indica o presidente, o Conselho Regional de Medicina indica um representante, o Sindicato Médico indica um representante... então, eles estão aqui dentro, representando órgãos de classe médica, todos cooperados, debatendo um assunto específico. (...) Essas discussões são ricas, porque eles discutem ali, a sugestão deles vai para um órgão do Conselho chamado Comissão de Admissão, Credenciamento e Normas, ali dentro é aprovada, aprova no Conselho e acaba se estabelecendo. Então, tem ritos formais, não de inovação, mas de melhoria de processo.

A busca do relacionamento através da participação ativa do usuário, que nestes casos refere-se ao médico, configura-se na grande dificuldade enfrentada pela empresa. Ela considera que projetos nascidos da geração de ideias de grupos sistematizados não podem ser percebidos como um projeto da diretoria executiva da cooperativa, que naturalmente não está na linha de frente da parte assistencial, e para não criar barreiras para sua boa implantação. O médico é o primeiro ponto de contato do beneficiário com a empresa, por isso é necessário envolvê-lo nas questões mais estratégicas – especialmente naquilo que é novo e que poderá representar importante retorno para a empresa e para o cooperado.

O relacionamento com os médicos apresenta, simultaneamente, outro obstáculo que diz respeito aos métodos de inovação ou de projeção utilizados pela empresa. Para o entrevistado, a faixa etária baixa das pessoas que trabalham na empresa representa certa inexperiência e pouco domínio de métodos, o que implica em percalços no desenvolvimento de projetos de maior vulto. Mesmo com investimentos da empresa em capacitação e treinamento, nas palavras do gestor entrevistado,

... toda vez que a gente vai desenvolver um projeto muito grande, se carece de métodos. (...) Na hora que tu vais pensar em algo novo, é muito mais fácil tu pegar e sair fazendo do que montar um projeto sistemático, metodológico. ‘A gente tem uma ideia assim, como é que a gente vai fazer prá colocar essa ideia

em prática?’ Não! Já vamos colocando em prática. É mais fácil. E é uma característica, a gente tem percebido, dessa geração que vem aí. Surgiu a ideia, vamos colocar em prática, até sem método. E isso às vezes funciona, às vezes não funciona.

De forma resumida, os pontos mais relevantes deste referencial externo encontram-se, primeiramente, no foco que a empresa dá para um relacionamento adequado ao público-alvo de suas ações. Há um claro entendimento de que, para ter acesso a novos consumidores, será necessário desenvolver mecanismos de relacionamento específicos. Essa organização também entende que o médico precisa ser visto e visto e tratado sob três formas: como dono do negócio, com interesses claros nos resultados da empresa; como prestador de serviços pessoa física, atendendo clientes de forma direta; e como prestador de serviços pessoa jurídica, através de clínica ou consultório próprios. Ademais, estes médicos também são beneficiários, clientes da empresa, estabelecendo uma relação ambígua e exigindo um esforço dedicado da organização para fazer com que os médicos percebam sua importância primeiramente como donos do negócio e, então, colher os resultados e benefícios da relação.

Tem grande importância o fato de a empresa ter percebido que o médico não demonstra interesse pela gestão, mas tão somente pelos benefícios individuais que visa receber, o que desencadeou decisões estratégicas de rever a relação individual, os mecanismos de remuneração e os critérios de inclusão e exclusão de médicos em seu quadro de prestadores. Tais decisões convergem num esforço da empresa em redesenhar suas atividades de relacionamento, indo até o médico em seu local de atuação com abordagens antes não consideradas e que, em princípio, não fariam parte de uma relação profissional.

A. Laboratório farmacêutico

O segundo contexto externo diz respeito à forma utilizada por um laboratório farmacêutico para criar e manter relacionamento com os médicos, que são os principais vetores de indicação de consumo dos medicamentos produzidos por ele. Trata-se de uma divisão de uma empresa maior, brasileira, com quase 50 anos de existência, e que vê na prescrição médica mais e maiores possibilidades de abordagens junto a esse público médico, para efetivar um relacionamento.

Segundo dados levantados, a empresa tem a maior equipe de propagandistas – também chamados representantes médicos – do Brasil, com cerca de 1.500 profissionais, que se dedicam a conhecer com profundidade os medicamentos produzidos pela empresa e explanarem os benefícios, formas de apresentação, indicações, posologias desses produtos aos médicos em visitas individuais, com frequências estabelecidas pelo laboratório. A organização atribui a essa atividade um faturamento anual de 600 milhões de reais ao ano.

De acordo com o profissional entrevistado, que detém responsabilidades comerciais e de marketing de produtos nessa empresa, o laboratório pretende “levar prestação de serviços” através de quatro linhas conceituais: preço, produto genérico, amostra de produto e conhecimento. Pelo preço, o laboratório pretende garantir ao médico um produto de baixo custo, possível de ser prescrito para classes menos favorecidas da população. O produto genérico, que também carrega o apelo do preço, entrega um valor cultural, segundo o executivo, pela representatividade que alcança frente às marcas concorrentes em todas as classes sociais. A amostra de produto tem um valor social para o paciente – que recebe o produto sem custo para iniciar o tratamento – e um valor de relacionamento para o médico.

O conhecimento, por sua vez, desmembra-se num valor entregue aos médicos através da prestação de serviços, na geração de um “conceitual” – nos termos do entrevistado – de seus produtos e de sua marca, e na construção de um relacionamento com esse público desenvolvido a partir de alguns facilitadores colocados à disposição dos médicos pelo laboratório. Estes facilitadores podem significar incentivos e acesso aos médicos para que participem de congressos relativos às suas áreas de especialidade, aproximação e facilidades de custos junto a instituições educativas, canais específicos de conteúdo científico online, além da presença informativa constante dos representantes nos consultórios médicos, de forma individualizada.

Os propagandistas são a força de vendas da empresa. Embora não concretizem a troca de mercadorias por dinheiro, iniciam tal processo, cuja próxima etapa será a prescrição do médico para o paciente. Para tanto, o laboratório desenvolve suas equipes de propagandistas de forma que possam construir um relacionamento com os médicos, e estes vejam valor nessa relação. Algumas atividades são executadas pela empresa para fortalecer esse relacionamento direto com os médicos, como eventos com palestras sobre patologias, ou eventos direcionados à troca de experiências médicas, onde os médicos podem expor situações de aprendizado junto a seus pares.

O modelo de relacionamento praticado pelo laboratório está alicerçado em oferecer uma prestação de serviços ao médico de forma que este possa perceber valor e, assim, preferir os produtos ou a marca desse laboratório, em detrimento de outros, no momento da prescrição. Nossa investigação detectou algumas ferramentas estratégicas utilizadas pela empresa, na busca do relacionamento com o público médico. A primeira delas fala da redução da quantidade de papel para o médico. Como tradicionalmente os representantes levam a informação aos médicos (artigos científicos, informações técnicas e promocionais dos produtos, etc.) em formato papel, o que gera acúmulo e possibilidades de rejeição e não leitura desses materiais, a empresa municiou cada representante com um *tablet* para que possa fazer as apresentações dos produtos e a divulgação de informação técnica. A empresa acredita que esta medida aumenta a possibilidade de leitura – ou, ao menos, de interesse para uma leitura posterior – do conteúdo informativo, além de gerar mais conforto para o médico e propagandista, e redução de custos para o laboratório.

A distribuição de amostras de produtos é considerada outra ferramenta de prestação de serviços, e seu objetivo é tornar tangível o relacionamento, tornando-se referência de qualidade do produto e da marca e buscando alcançar a confiança do médico. A entrega de amostras grátis aos médicos, para que estes possam repassá-las aos pacientes sem nenhum tipo de custos para ambos, pretende também gerar um “sentimento de comodidade”, nos termos do entrevistado, de forma que os médicos sintam-se confortáveis em lembrar-se do produto e do laboratório, pois lida com a imagem relacionada ao produto. Elementos como embalagem, layout, comunicação promocional e nome do produto são previamente trabalhados para que possam contribuir na promoção deste sentimento de comodidade. Há uma preocupação da empresa em humanizar o relacionamento, de forma que o nome do representante também é intensificado junto aos médicos. Mulheres têm certa preferência (mas não exclusividade) nestas posições, pois segundo o executivo do laboratório são mais comprometidas com os objetivos e mais efetivas na realização das funções.

Taticamente, a empresa também se utiliza de uma ferramenta denominada “Um dia de produto”, que consiste num kit entregue aos médicos e cujo objetivo é confortar crianças e pais em caso de atraso no atendimento. Tal recurso é composto por amostras grátis dos produtos e brindes para crianças e adultos, recebidos no momento da consulta do paciente. O médico administra autonomamente a distribuição de tais kits aos pacientes, assim como determina a inclusão ou não de amostras grátis conforme a necessidade e patologia do paciente, de maneira que o relacionamento projetado pelo laboratório com o médico é estendido ao relacionamento do médico com seus pacientes. Atualmente aplicada junto a médicos pediatras, a ferramenta está sendo desenvolvida também para outras especialidades.

O conceito estratégico – e ponto de maior relevância levantado por esta referência externa – que norteia as atividades de relacionamento da empresa farmacêutica com os médicos que prescrevem seus produtos é “estar presente onde os médicos estão”, levando prestação de serviços que possam ser percebidos como valor para si, para sua atividade médica e para os pacientes com quem se relaciona. A empresa considera que alguns facilitadores (recursos financeiros, acesso ao conhecimento, presença física dos propagandistas e tratamento individualizado) são essenciais para estabelecer o relacionamento com esse público, e para tanto investe em recursos tecnológicos, humanos e materiais para concretizar uma relação de caráter muito personalizado.

B. Empresa especializada em programas de fidelidade e relacionamento

O terceiro e último modelo de relacionamento investigado representa a estratégia de relacionamento e fidelização em si. Em outros termos, apresenta os conceitos estratégicos empregados por empresas que buscam criar uma estrutura que favoreça o início e a manutenção de um relacionamento com seus públicos. Trata-se de uma empresa especializada em assessorar

outras organizações a estruturarem um programa de relacionamento que vise à fidelização de seus públicos. A empresa atua em projetos de CRM¹, programas de fidelidade, comunicação dirigida, marketing de relacionamento e inteligência de negócios, em empresas de setores como varejo de alto consumo, e também construção e incorporação, consórcios, crédito, comunicação, redes de farmácias, associações e clubes.

No que tange a programas de relacionamento, uma das especialidades dessa empresa, o executivo entrevistado apontou objetivos estratégicos a serem considerados para que essa seja uma ferramenta complementar eficaz de diferenciação e competitividade, e não se apresente como uma ação isolada da organização. Os objetivos destacados são estes:

- a) **Reforçar a marca da instituição** – um programa de relacionamento precisa estar ligado a uma estratégia maior, já desenhada pela instituição, que tenha estreita relação com a defesa e fortalecimento de sua marca. O programa de relacionamento não pode trazer uma segunda marca que venha competir com a marca maior. É importante que as razões e estratégias motivadoras que levam a empresa a decidir criar um programa de relacionamento estejam claras para a área de gestão da empresa e, a partir daí, eleger os atributos da marca maior que serão evidenciados pelo programa;
- b) **Estimular a proximidade com os públicos** – é fundamental que se crie vínculos com os públicos visados, o que exige uma definição prévia de quais serão esses públicos (clientes, não-clientes, influenciadores, parceiros), ao passo que exige também um conhecimento antecipado de seus comportamentos em relação à marca e à concorrência. A proximidade com os públicos-alvo do programa diz respeito, igualmente, a definir comportamentos que se deseja mudar nesses públicos, e poder mensurá-los. Oferecer novas experiências sem conhecer o perfil, os hábitos e anseios dos públicos, poderá representar, em pouco tempo, custos excessivos para a empresa e esquecimento do público, com prejuízos irreparáveis para a marca;
- c) **Oferecer reconhecimento** – o programa precisa ser um mecanismo que dê aos públicos-alvo formas relevantes de reconhecimento, e estas precisam estar expressas através de uma proposta de valor consistente e visível. As mecânicas de reconhecimento e estímulo dos públicos-alvo têm de ser simplificadas. Da mesma forma, oferecer benefícios sem fontes para custeio e estímulo desses públicos não dará sustentação ao programa, que passará a ser uma ferramenta dispendiosa e pouco valorizada pelos públicos;

- d) Interferir na decisão de compra/escolha** – o público-alvo definido para o programa deverá ser impactado por sua proposta de valor, de maneira que a decisão de compra ou recompra ou escolha da marca pelo público considere os benefícios apresentados pelo programa. Torna-se interesse da instituição tornar o programa uma referência complementar à marca, de forma que sua possibilidade de ausência, para o público, signifique uma perda irreparável.

Todo o trabalho de construção de um mecanismo ou programa de relacionamento que busque a fidelização de seus públicos, na visão desta empresa especializada, não pode menosprezar a visão de longo prazo. O relacionamento entre uma instituição e um público específico – seja ele cliente, não cliente, parceiro, colaborador – carece de um período para maturação, e não se trata de um período curto. O programa de relacionamento não pode interromper seu desenvolvimento “na expectativa de que os clientes serão fiéis porque seus prêmios são interessantes”, de acordo com Peppers & Rogers Group². “Se a empresa se limitar a isso, seu programa não conseguirá manter os melhores clientes fiéis por longo prazo” (Peppers & Rogers Group, 2004).

Neste mesmo sentido, conceber uma estrutura de relacionamento apenas como uma ação da área de marketing, sem estar consistentemente atrelado com as estratégias definidas para a marca e com outras estratégias de maior relevância, poderá, pelo contrário, transformar-se em manchas na percepção de marca que os públicos já têm, além de prejuízos financeiros importantes. A estratégia de relacionamento precisa ser plantada no planejamento da empresa, e ser executada com pertinência pela área de marketing, com envolvimento substancial e responsável de todas as demais áreas que, de acordo com o negócio, poderão agregar valor a esse relacionamento.

Desta forma, os principais pontos levantados por tais especialistas podem ser destacados assim:

- a)** ações iniciadas pela empresa com o intuito de funcionarem como programas de relacionamento com seus públicos precisam ser considerados como ferramentas eficazes de diferenciação, e não como ações isoladas dentro da organização. Precisam estar associados a estratégias principais, de forma a não desencadear competição interna entre as marcas ou entre áreas estratégicas;
- b)** os públicos visados precisam estar claramente identificados, assim como precisam ser reconhecidos por seus comportamentos em relação à marca ou à instituição;

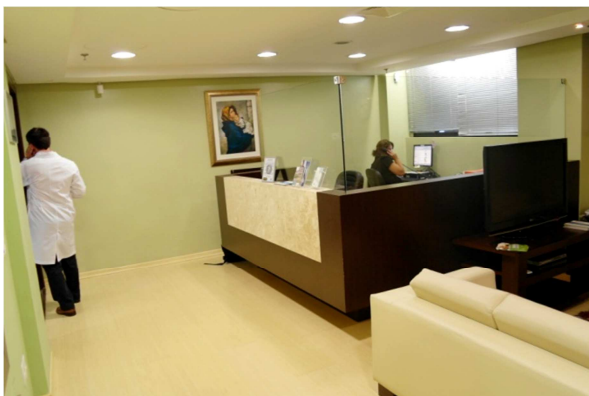
- c) as ações de relacionamento precisam ter uma proposta de valor consistente e visível a ponto de mudar ou fortalecer o comportamento de compra ou recompra. Sua proposta de valor e seus benefícios devem atrelar-se à marca de forma que sua ausência em outras marcas seja percebida pelo público como uma deficiência;
- d) a construção de mecanismos de relacionamento que mirem na fidelização dos públicos precisa considerar uma visão de longo prazo.

¹ CRM é a sigla da língua inglesa para *Customer Relationship Management*, e significa Gestão do Relacionamento com o Cliente.

² Peppers & Rogers Group é uma empresa de consultoria de gestão de clientes, fundada em 1993. É criadora do conceito de *Marketing 1to1*, que destaca a importância de tratar clientes diferentes de forma diferente e aplica conceitos e metodologias práticas na busca de geração de resultados financeiros para as empresas clientes.

APÊNDICE D – PROGRAMA MÉDICOS MÃE DE DEUS

Imagens Ilustrativas



APÊNDICE E – WORKSHOP
Agenda e Cronograma de Atividades

1º Dia – 10 de janeiro de 2012			2º Dia – 11 de janeiro de 2012		
Atividade inspiracional: Vídeo “lealdade” – “Lotto dog” :: 1’ – 2’30 (anúncio publicitário) Vídeo “escolhas” – “Limite vertical” :: 1’ – 6’28 (trecho de filme)	19h00 – 19h15	15 min	Retomada das razões de escolha e os resultados do 1º dia	19h00 – 19h10	10 min
Mini-palestra – “Fidelização, lealdade e Relacionamento” – Cláudio Fonseca – Interativa Business	19h15 – 19h35	20 min	Exercício/Warm-up – “Pensamento visual” – <i>No centro da folha, desenhe um médico e em post-its desenhe elementos que compõem sua vida. 5 por pessoa.</i>	19h10 – 19h15	5 min
Exercício/Warm-up – “Continuidade” – <i>A partir de um traço na folha da parede, cada integrante do grupo vai desenhar um animal.</i>	19h35 – 19h45	10 min	Mini-palestra – “Gestão do Corpo Clínico no HMD” – Marcelo Sonneborn	19h15 – 19h35	20 min
Ponto de vista – 1) lealdade e relacionamento 2) o profissional médico 3) o hospital <i>Aborda a visão geral e percepções gerais que os participantes têm.</i> <u>Brainstorm.</u>	19h45 – 20h00	15 min	Construção de cenários – a partir da questão: - Como seria o hospital que utilizasse estas razões de escolha para se relacionar com seus médicos? (30’) <u>Moodboard (15’)</u> <u>Defesa do cenário (5’/grupo)</u>	19h35 – 20h40	65 min
Razões de escolha do médico – apresentação e contexto onde foram obtidas pela pesquisa documental – investigador	20h00 – 20h20	20 min	Blue Sky – buscar fora do contexto da investigação, referências para a questão: - Como o HMD pode explorar tais razões? <u>Brainstorm, Mood.</u>	20h40 – 21h20	40 min
Blue Sky – buscar fora do contexto da investigação, referências para a questão: - Como são trabalhadas estas razões em outros contextos? <u>Brainstorm.</u>	20h20 – 20h50	30 min	Reflexão sobre resultados alcançados – 1. Buscar conexões entre os cenários apresentados 2. Geração de conceito (grande grupo)	21h20 – 21h45	25 min
Reflexão na ação – momento de pausa para reflexão, com participação ativa de todos (por que estamos fazendo isso? O que fizemos até agora?)	20h50 – 21h05	15 min			
Próximos passos – agenda para o segundo dia	21h05 – 21h20	15 min			

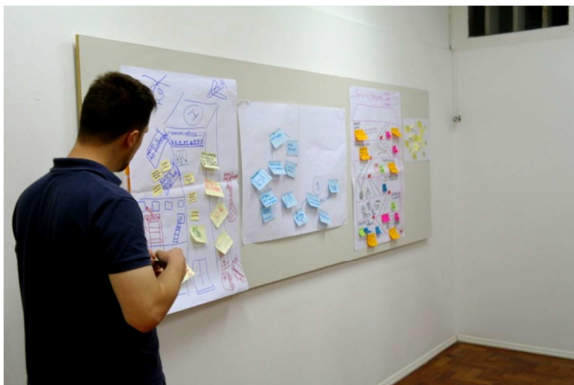
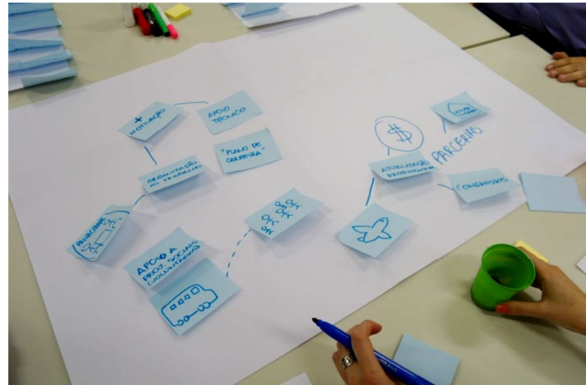
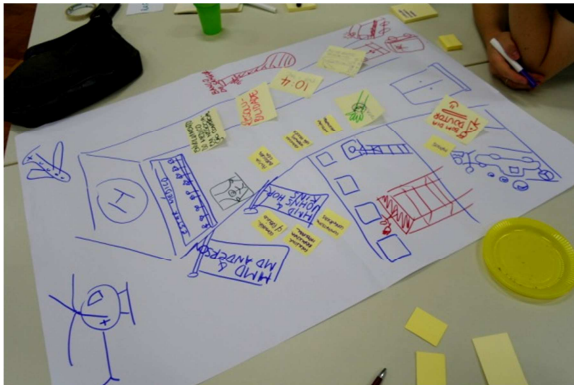
Nota: Este quadro apresenta a agenda e o cronograma de atividades elaborado pelo pesquisador para a condução do *workshop*. Sua concretização, no entanto, sofreu alterações relativas a horários e aplicação de algumas atividades – inerentes à característica de um modelo interpretativo articulado com várias perspectivas disciplinares – que não foram reproduzidas aqui.

APÊNDICE F – WORKSHOP

Registros Fotográficos







ANEXO A – ESTRUTURA EXECUTIVA DO SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS
Extraído de ANAHP, 2008.

