



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

LEONE COELHO BAGAGI

**DINÂMICA DE INOVAÇÃO EM DIFERENTES MODELOS DE
GESTÃO HOSPITALAR**

Salvador
2022

LEONE COELHO BAGAGI

**DINÂMICA DE INOVAÇÃO EM DIFERENTES MODELOS DE
GESTÃO HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Salvador
2022

Escola de Administração - UFBA

B144 Bagagi, Leone Coelho.

Dinâmica de inovação em diferentes modelos de gestão hospitalar / Leone Coelho Bagagi. – 2022.
260 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes.
Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2022.

1. Hospitais públicos – Administração – Bahia. 2. Modelos em administração – Hospitais – Bahia. 3. Parceria público privada – Hospitais. 4. Políticas públicas em saúde. 5. Organizações não - governamentais -Administração – Hospitais. 6. Estudo comparado. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 352.538

LEONE COELHO BAGAGI

**DINÂMICA DE INOVAÇÃO EM DIFERENTES MODELOS DE
GESTÃO HOSPITALAR**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Administração,
Escola de Administração, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovado em 20 de abril de 2022

Banca examinadora

Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes – Orientadora
Doutora em Administração pela Universidade da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Abdinardo Moreira Barreto de Oliveira
Doutor em Administração pela Universidade Federal de Pernambuco
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Profa. Dra. Ana Maria Malik
Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo
Fundação Getúlio Vargas/SP

Profa. Dra. Lorene Louise Silva Pinto (UFBA/FAMED)
Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Ricardo Coutinho Mello
Doutor em Difusão do Conhecimento pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

À minha esposa, Ana Mércia, e aos nossos filhos, Lucca Bagagi e Levi Bagagi, pelo amor e
carinho.

Aos meus pais, Lauro Bagagi e Launízia Coelho, por terem me ensinado a aprender.

Aos irmãos, Ledion e Lediane, pelo amor e carinho familiar.

Raimunda, madrinha, pelo amor e encorajamento.

Raimundo, padrinho, pelo exemplo de homem, pai e cidadão.

Aos afilhados, Annalu, Iury e Lorenzo, pelo amor e benção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à esposa e mãe dos meus filhos, Ana Mércia de Jesus Lima, pelo amor e pela bênção dos nossos filhos, Lucca Lima Bagagi e Levi Lima Bagagi. Aos meus pais, Lauro Bagagi e Launizia Coelho dos Passos Bagagi e aos meus irmãos, Ledion e Lediane, pelo carinho e amor incondicionais. À Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), em nomes de Julianeli Tolentino de Lima e Télio Nobre Leite, e à Faculdade de Petrolina (FACAPE), por terem possibilitado a realização desse doutorado. À Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto S. Mendes, orientadora, por ter me aceitado como orientando, e por ser sempre tão atenciosa, compreensiva, receptiva e, acima de tudo, uma admirável mulher e professora. Ao Prof. Dr. Abdinardo Moreira Barreto de Oliveira pela dedicação atenciosa e contributiva na reorganização das ideias, métodos e sempre estimulando o desenvolvimento de habilidades novas, valiosas e assertivas para a realização das fases quantitativas, que foi o meu grande desafio, bem como da fase qualitativa ampliando os horizontes para novas habilidades analíticas e tecnológicas como a ciência de dados. Ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração (NPGA), da UFBA, pelo apoio, infraestrutura, qualidade e simpatia dos seus professores, pesquisadores e funcionários, em nome de nossa querida Anaélia Regina de Almeida Silva. À SESAB, em nome do então Secretário, Dr. Fábio Vilas Boas e da atual Secretária Adélia Pinheiro, agradeço a autorização e o apoio que possibilitaram a realização dessa pesquisa. Às organizações hospitalares que me acolheram com entusiasmo, carinho e dedicação: Hospital Ernesto Simões Filho (HGESF), Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) e Instituto Couto Maia (ICOM), agradeço pela autorização, compromisso, competência, transparência e dedicação dos gestores e equipe de profissionais de saúde e funcionários para a realização dessa investigação em nome, respectivamente, de Cristiana França (HGESF), Maria Rita Pontes (OSID) e Ceuci de Lima Xavier Nunes (ICOM) e a todos os participantes da pesquisa de campo, pela confiança em responder aos questionários, com doação de seus tempos, generosidade e atenção. Ao amigo, Platini Fonseca, pelo incentivo e apoio para que eu pudesse participar e alcançar a aprovação na seleção de doutorado, assim como, contribuindo para avançar nas publicações em revistas científicas. Aos amigos e colegas de doutorado e, particularmente, à Emerson Garcia, pela amizade construída e pelo apoio fundamental na fase de coleta de dados, pois com sua valiosa ajuda foi possível viabilizar a aplicação de questionários e realizar as entrevistas nos hospitais. Ao amigo, Gênesis Naum, pela companhia nas viagens a Salvador para participação das aulas e atividades do doutorado. Ao amigo e colega de doutorado Wandilson Lima, pelo apoio e compartilhamento de experiências valiosas na trajetória do doutorado. Ao Grupo de Pesquisa *Observa Políticas* e à *Rede InovarH*, minha gratidão, por facilitarem o acesso aos hospitais e possibilitarem o desenvolvimento de habilidades como pesquisador, assim como, para o meu crescimento como ser humano e profissional.

BAGAGI, Leone Coelho. **Dinâmica de inovação em diferentes modelos de gestão hospitalar**. 260f. 2022. Tese (Doutorado em Administração) – Núcleo de Pós-graduação em Administração da Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

RESUMO

As pressões características do setor de saúde impactam, consideravelmente, nos hospitais diante da complexidade, dinâmica e rápidas mudanças tecnológicas e epidemiológicas, envolvendo a produção e a oferta dos serviços de saúde. A adoção de diferentes modelos de gestão hospitalar destaca o esforço da Bahia em viabilizar alternativas diante das pressões enfrentadas pelos serviços hospitalares. O objetivo deste estudo de métodos mistos sequenciais foi analisar a dinâmica de inovação, envolvendo a relação entre fatores determinantes impactando no desempenho em inovação nos hospitais, gerenciados pelos três modelos de gestão dos tipos: Administração Pública Direta (APD), Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Parceria Público-Privada (PPP). A primeira fase, de natureza quantitativa, validou-se um modelo teórico para medir, confirmar ou refutar hipóteses da relação entre os fatores determinantes com o desempenho em inovação. Confirmados os fatores de maior impacto, esses foram explorados em profundidade na segunda fase qualitativa, visando minuciar a dinâmica organizacional, a fim de impulsionar inovações que possibilitassem melhores condições dos hospitais para reagirem às pressões do setor de saúde. Utilizaram-se na fase quantitativa, a análise fatorial confirmatória, análise multigrupo da invariância e modelagem de equações estruturais e, na fase qualitativa, as técnicas de mineração de texto e de codificação aberta, axial e seletiva. As unidades de análise foram em três hospitais, cada um representando um modelo de gestão, com vinculação às atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão, realizadas em parcerias com faculdades, institutos de pesquisa e Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (InovarH) assim como, pela referência em áreas especializadas da saúde, com capacidade de leitos e localizados em Salvador/BA. A validação do modelo teórico proposto demonstrou-se adequado para a aplicação nesta pesquisa e a mensuração dos fatores determinantes. A partir desse modelo, confirmaram-se como de maior impacto no desempenho em inovação: liderança estratégica, intenção estratégica de inovar, gestão de pessoas para inovação e gestão estratégica da tecnologia. A minúcia da dinâmica organizacional evidencia a influência dos fatores determinantes confirmados na fase quantitativa, representados nas categorias de gestores, funcionários, inovação, mudança, processo e tecnologia, assim como, emergiram da análise da fase qualitativa, categorias que interagiram com esses fatores como:

implantação, imagem organizacional e estrutura assistencial, com apoio de tecnologias que impulsionam a inovação de serviços e de processos, por meio, respectivamente das subcategorias serviços novos e reformulados e aprimoramento das operações. Esses serviços inovados possibilitam melhores condições para os hospitais, de forma a impactar positivamente nas categorias rede/regulação, paciente e hospital. Destacam-se diferenças significativas nas relações entre os fatores da intenção estratégica de inovar com liderança transformadora e essa com a gestão de pessoas para inovação e interação com demais categorias evidenciadas de forma diferenciadas entre os modelos de gestão na obtenção das tecnologias. Os resultados evidenciaram uma dinâmica de inovação nos diferentes modelos de gestão hospitalar, impactando no desempenho em inovação, que possibilitem melhores condições de reagir às pressões do setor de saúde.

Palavras-chave: Dinâmica de inovação. Gestão hospitalar. Serviços de saúde. Modelos de Gestão.

BAGAGI, Leone Coelho. **Dynamics of innovation in different hospital management models**. 260f. 2022. Thesis (Doctorate in Administration) – Postgraduate Center in Administration of the School of Administration, Federal University of Bahia, Salvador, 2022.

ABSTRACT

The characteristic pressures of the health sector have a considerable impact on hospitals in view of the complexity, dynamics and rapid technological and epidemiological changes, involving the production and supply of health services. The adoption of different hospital management models highlights Bahia's effort to provide alternatives in the face of pressures faced by hospital services. The objective of this sequential mixed methods study was to analyze the dynamics of innovation, involving the relationship between determining factors impacting on innovation performance in hospitals, managed by the three types of management models: Direct Public Administration (APD), Social Health Organizations (OSS) and Public-Private Partnership (PPP). The first phase, of a quantitative nature, validated a theoretical model to measure, confirm or refute hypotheses of the relationship between the determining factors with innovation performance. Once the factors with the greatest impact were confirmed, these were explored in depth in the second qualitative phase, aiming to detail the organizational dynamics, in order to drive innovations that would enable better conditions for hospitals to react to the pressures of the health sector. In the quantitative phase, confirmatory factor analysis, multigroup analysis of invariance and structural equation modeling were used and, in the qualitative phase, text mining and open, axial and selective coding techniques were used. The units of analysis were in three hospitals, each representing a management model, linked to assistance, teaching, research and extension activities, carried out in partnerships with faculties, research institutes and the Hospital Management Innovation and Learning Network (InovarH) as well as the reference in specialized areas of health, with bed capacity and located in Salvador/BA. The validation of the proposed theoretical model proved to be adequate for application in this research and the measurement of determining factors. Based on this model, the following were confirmed as having the greatest impact on innovation performance: strategic leadership, strategic intention to innovate, people management for innovation and strategic technology management. The detail of the organizational dynamics evidences the influence of the determining factors confirmed in the quantitative phase, represented in the categories of managers, employees, innovation, change, process and technology, as well as, emerging from the analysis of the qualitative phase, categories that interacted with these factors

such as: implementation, organizational image and care structure, with the support of technologies that drive innovation in services and processes, through the subcategories, respectively, new and reformulated services and improvement of operations. These innovated services enable better conditions for hospitals, in order to positively impact the network/regulation, patient and hospital categories. Significant differences stand out in the relationships between the factors of the strategic intention to innovate with transforming leadership and this with the management of people for innovation and interact with other categories evidenced in a differentiated way between the management models in obtaining the technologies. The results showed a dynamic of innovation in the different models of hospital management, impacting the performance in innovation, which allow better conditions to react to the pressures of the health sector.

Keywords: Innovation dynamics. Hospital management. Health services. Management models.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hipóteses da estrutura do modelo teórico de mensuração	48
Figura 2 – Dinâmica de inovação em serviços de saúde	55
Figura 3 – Complexo Econômico-Industrial da Saúde.....	61
Figura 4 – Rede de relacionamentos das subcategorias com categorias (<i>Graph-RQDA</i>).....	120
Figura 5 – <i>Cluster</i> hierárquico agrupando entrevistas por hospital.....	121
Figura 6 – Nuvem de palavras do <i>corpus</i>	122
Figura 7 – Categorias emergidas do agrupamento dos <i>tokens</i> de palavras relevantes	123
Figura 8 – Rede de relacionamentos comuns ao HGESF-OSID-ICOM (<i>Graph-RQDA</i>)	128
Figura 9 – Rede de relacionamentos específicos do HGESF (<i>Graph-RQDA</i>)	129
Figura 10 – Rede de relacionamentos específicos do OSID (<i>Graph-RQDA</i>).....	129
Figura 11 – Rede de relacionamentos específicos do ICOM (<i>Graph-RQDA</i>).....	130
Figura 12 – Fatores determinantes e resultantes suportados na amostra.....	133
Figura 13 – Rede de relacionamento da minúcia da dinâmica organizacional	134
Figura 14 – Modelo teórico da capacidade de inovação adaptado	180
Figura 15 – Especificação IV após a qualidade de ajustamento do modelo teórico	181
Figura 16 – Índices de qualidade e pesos fatoriais do modelo com efeito moderador.....	182
Figura 17 – Índices de qualidade e pesos fatoriais do modelo com efeito direto e indireto... 183	
Figura 18 – Modelo estrutural de efeito direto e indireto.....	186
Figura 19 – Modelo fatorial de efeito moderador das relações entre os fatores.....	187
Figura 20 – Modelo estrutural de efeito moderador no desempenho em inovação.....	188
Figura 21 – Modelo estrutural e parâmetros das relações para o HGESF.....	189
Figura 22 – Modelo estrutural e parâmetros das relações para a OSID	190
Figura 23 – Modelo estrutural e parâmetros das relações para o ICOM.....	191
Figura 24 – Modelo estrutural para a amostra aleatória I.....	192
Figura 25 – Modelo estrutural para a amostra aleatória II	193
Figura 26 – Modelo estrutural para a amostra aleatória III	194
Figura 27 – Parâmetros utilizados na operacionalização do <i>widget Word List</i>	213
Figura 28 – <i>Workflow</i> da análise de agrupamento das entrevistas	213
Figura 29 – <i>Workflow</i> para geração dos arquivos por <i>token</i> de palavra relevante	214
Figura 30 – <i>Workflow</i> da análise de agrupamento dos <i>tokens</i> de palavras (documentos).....	214
Figura 31 – Entrevistas importadas para RQDA	215
Figura 32 – Codificação com rotulação <i>invivo</i> no RQDA (Exemplo)	215

Figura 33 – Códigos gerados no RQDA (Alguns exemplos).....	216
Figura 34 – Lista de codificações rotuladas no RQDA (Exemplo).....	216
Figura 35 – Reclassificação codificando a subcategoria no RQDA (Exemplo).....	217
Figura 36 – Subcategorias geradas no RQDA (Alguns exemplos).....	217
Figura 37 – Anotações das subcategorias geradas no RQDA (Exemplo).....	218
Figura 38 – Categorias geradas no RQDA (Exemplo).....	218
Figura 39 – Memo (Memorando) das subcategorias geradas no RQDA (Exemplo).....	219
Figura 40 – Nuvem da frequência dos <i>tokens</i> de palavras do HGESF.....	239
Figura 41 – Nuvem da frequência dos <i>tokens</i> de palavras do OSID.....	239
Figura 42 – Nuvem da frequência dos <i>tokens</i> de palavras do ICOM.....	240
Figura 43 – Nuvem dos <i>tokens</i> de palavras após aplicação da lematização.....	240
Figura 44 – Modelo teórico da IC demonstrando as relações hipotéticas.....	241
Figura 45 – <i>Framework capability for innovation</i>	241
Figura 46 – <i>A model of hotel micro firm managerial capability for innovation</i>	242
Figura 47 – <i>Sustained innovation capability framework</i>	242
Figura 48 – <i>Components of a Radical Product Innovation (RPI) Capability</i>	243
Figura 49 – <i>Structural path coefficients for the theoretical model</i>	243
Figura 50 – <i>Innovation capability construct measures in the context of supply chain</i>	244
Figura 51 – Organograma do HGESF.....	245
Figura 52 – Organograma do ICOM.....	246
Figura 53 – Organograma da OSID.....	247

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos de capacidade de inovação nas organizações	36
Quadro 2 – Elementos da definição da inovação em serviços de saúde.....	58
Quadro 3 – Codificação das entrevistas	124
Quadro 4 – Subcategoria validada na amostra (exemplificação do procedimento)	125
Quadro 5 – Categoria validada na amostra (exemplificação do procedimento).....	127
Quadro 6 – Propriedades, dimensões, relacionamentos da categoria central.....	131
Quadro 7 – Fatores determinantes e resultantes dos modelos teóricos analisados.....	173
Quadro 8 – Relação dos códigos gerados na codificação por rotulação <i>in vivo</i>	223
Quadro 9 – Relação das categorias e subcategorias relacionadas	236

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação por segmento da economia	40
Tabela 2 – Número e % da classificação por modelo de gestão estudado	40
Tabela 3 – Classificação das áreas de gestão das referências pesquisadas e frequências	41
Tabela 4 – Classificação por estratégia e abordagem metodológica	41
Tabela 5 – Classificação por instrumentos de coleta e procedimento de análise	42
Tabela 6 – Número e percentual de classificação por referência teórica utilizada.....	42
Tabela 7 – Número e percentual de classificação dos artigos por finalidade de estudo.....	43
Tabela 8 – Índices de qualidade de ajustamento do modelo	81
Tabela 9 – Valores de referência para avaliar a confiabilidade e a validade do modelo.....	82
Tabela 10 – Critérios de aceitabilidade da invariância.....	82
Tabela 11 – Resultados dos índices de qualidade do ajuste do modelo I a IV	100
Tabela 12 – Resultados dos valores de AVE e SIC.....	101
Tabela 13 – Resultados dos índices de qualidade de ajustamento dos modelos	103
Tabela 14 – Resultados da análise da AMI	104
Tabela 15 – Resultados dos índices de qualidade do ajuste do modelo I a III	106
Tabela 16 – Resultados dos índices de qualidade de ajustamento do efeito moderador	107
Tabela 17 – Resultados do teste das hipóteses do Modelo SEM	109
Tabela 18 – Resultados dos efeitos diretos e indiretos do modelo estrutural.....	110
Tabela 19 – Resultados da análise da AMI na amostra.....	112
Tabela 20 – Resultados do teste Z comparados 2 a 2 nos modelos de gestão.....	113
Tabela 21 – Resultados dos valores padronizados por modelo de gestão.....	113
Tabela 22 – <i>Tokens</i> da palavras relevantes.....	122
Tabela 23 – Classificação da codificação e subcategorias	124
Tabela 24 - Tabulação cruzada: profissional de saúde, organização e tipo de contrato	195
Tabela 25 – Tabulação cruzada: função administrativa, organização e tipo de contrato	197
Tabela 26 – Tabulação cruzada: idade, organização pertencente e gênero	198
Tabela 27 – Tabulação cruzada: grau de instrução, organização pertencente e gênero	199
Tabela 28 – Tabulação cruzada dos respondentes e medidas estatísticas	200
Tabela 29 – Resultados das avaliações dos pesos fatoriais para eliminação dos itens.....	202
Tabela 30 – Resultados dos valores calculados de CF, CR e AVE.....	203
Tabela 31 – Correlações e raiz quadrada das correlações entre os fatores.....	204
Tabela 32 – Resultados do teste da diferença do X ² livre e restrito	205

Tabela 33 – Resultados dos índices de qualidade do ajuste dos grupos na AMI	206
Tabela 34 – Valores de Z (<i>critical ratio</i>) comparativo 2 a 2 das relações estruturais.....	207
Tabela 35 – <i>Tokens</i> de palavras de maior frequência no <i>corpus</i>	221
Tabela 36 – Palavras lematizadas consideradas de alta relevância para pesquisa a partir dos TF-IDF e no contexto das entrevistas.....	222

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APD	Administração Pública Direta
AGFI	<i>Adjusted Goodness-of-Fit Index</i> ou Índice de Adequação Ajustado
AMI	Análise Multigrupo da Invariância
AVE	<i>Average Variance Extracted</i> ou Variância Extraída Média
BM	Banco Mundial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFA	<i>Confirmatory Factor Analysis</i> ou Análise Fatorial Confirmatória
CFI	<i>Comparative Fit Index</i> ou Índice de Ajuste Comparativo ou
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CR	<i>Composite Reliability</i> ou Confiabilidade Composta dos Constructos
DI	Desempenho em Inovação
FMI	Fundo Monetário Internacional
GFI	<i>Goodness of Fit Index</i> ou Qualidade do Ajuste
HGESF	Hospital Geral Ernesto Simões Filho
IC	<i>Innovation Capability</i> ou Capacidade de Inovação
ICOM	Instituto Couto Maia
IH	<i>Innovation in Health Services</i> ou Inovação em Serviços de Saúde
InovarH	Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar
ECVI	<i>Expected Cross-Validation Index</i> ou Índice de Validação Cruzada Esperada
KU	<i>Kurtosis</i> ou Curtose ou Achatamento
MECVI	<i>Modified Expected Eross-Validation Index</i> ou Índice de Validação Cruzada Modificada
NFI	<i>Normed Fit Index</i> ou Índice de Ajuste Normalizado
NHS	<i>National Health Service England</i>
OECD	<i>Organization for Economic Cooperation and Development</i>
OPSS	Oranizações Prestadoras de Serviços de Saúde
OSID	Obras Sociais Irmã Dulce
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PCFI	<i>Parsimony Cfi</i> ou Índice de Parcimônia Comparativa
PNFI	<i>Parsimony Nfi</i> ou Índice de Parcimônia Normalizado
PPP	Parceria Público-Privada

P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
RBV	<i>Resource-Based Theory View</i> ou Teoria da Visão Baseada em Recursos
RMSEA	<i>Root Mean Square Residual</i> ou Raiz do Erro Quadrático Médio Aproximado
SEM	<i>Structural Equation Modeling</i> ou Modelagem de Equações Estruturais
SIC	<i>Squared Interrelated Correlation</i> ou Quadrado da Correlação entre os Fatores
SK	<i>Skewness</i> ou Assimetria
TF-IDF	<i>Term frequency - Inverse Document Frequency</i> ou Frequência do Termo – Frequência Inversa do Documento
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i> ou Índice de Ajuste <i>Tucker-Lewis</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	19
1.2 OBJETIVO	24
1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA	25
1.4 ESTRUTURA DO RELATÓRIO DA TESE.....	26
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	28
2.1 VISÃO BASEADA EM RECURSOS	28
2.1.1 Recursos e capacidade	29
2.1.2 Premissas fundamentais da RBV	30
2.1.3 Diferencial estratégico da capacidade de inovação	33
2.2 CAPACIDADE DE INOVAÇÃO.....	34
2.2.1 Elementos conceituais	35
2.2.2 Constructos dos modelos de capacidade de inovação	38
2.2.3 Proposta de medição dos fatores determinantes no desempenho em inovação	47
2.3 DINÂMICA DE INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	54
2.3.1 Definindo inovação em Serviços de Saúde	55
2.3.2 Tipos de inovação em serviços de saúde	59
2.3.3 Dinâmica de inovação nas organizações prestadoras de serviços de saúde	63
3 METODOLOGIA	68
3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	68
3.1.1 Paradigma epistemológico e estratégia	68
3.1.2 Métodos de pesquisa	69
3.1.3 Unidades de análise e amostra	70
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	77
3.2.1 Desenvolvimento da pesquisa	77
3.2.2 Procedimentos metodológicos do estudo quantitativo	77
3.2.3 Procedimentos metodológicos da fase qualitativa	84
3.3 ASPECTOS ÉTICOS E LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	91
3.3.1 Aspectos éticos	91
3.3.2 Limitações nos atos preparatórios da coleta de dados	91
3.3.3 Limitações e observações durante a coleta de dados	92
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	94

4.1 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO PROPOSTO.....	94
4.1.1 Definição dos constructos.....	95
4.1.2 Especificação do modelo teórico.....	96
4.1.3 Amostragem e coleta de dados	97
4.1.4 Qualidade de ajustamento do modelo teórico.....	99
4.1.5 Confiabilidade e validação.....	101
4.1.6 Validação do instrumento psicométrico	102
4.1.7 Discussão dos resultados da validação do modelo teórico	104
4.2 MEDIÇÃO DOS FATORES NO DESEMPENHO EM INOVAÇÃO.....	105
4.2.1 Qualidade de ajustamento do modelo estrutural	105
4.2.2 Teste de hipóteses nas relações estruturais	108
4.2.3 Análise multigrupo da invariância do modelo estrutural.....	111
4.2.4 Discussão dos resultados da medição da capacidade de inovação	114
4.3 MINÚNCIA DA DINÂMICA ORGANIZACIONAL	120
4.3.1 Confirmação da classificação das entrevistas por hospital.....	121
4.3.2 Categorias emergidas do agrupamento dos <i>tokens</i> de palavras relevantes.....	123
4.3.3 Codificação Aberta	124
4.3.4 Codificação Axial.....	127
4.3.5 Codificação Seletiva.....	130
4.3.6 Discussão dos resultados	132
4.4 FATORES DETERMINANTES E DINÂMICA DE INOVAÇÃO	137
4.4.1 Fatores de determinantes de maior impacto.....	137
4.4.2 Dinâmica organizacional.....	139
4.4.3 Melhorias nas condições do desempenho hospitalar	140
5 CONCLUSÕES.....	142
5.1 RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA	142
5.2 DESENVOLVIMENTO DOS OBJETIVOS	143
5.3 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS.....	144
5.4 CONTRIBUIÇÕES METODOLÓGICAS	146
5.5 CONTRIBUIÇÕES DE GESTÃO	147
5.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	147
5.7 PROPOSTA DE AGENDA DE PESQUISA	148
REFERÊNCIAS	150
APÊNDICE A – Fatores Identificados na Revisão da Literatura	173

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	174
APÊNDICE C – Questionário	177
APÊNDICE D – Ilustrações do Modelo Teórico Analisado	180
APÊNDICE E – Dados Descritivos Tabulados	195
APÊNDICE F – Resultados das Análises Fatoriais	202
APÊNDICE G – Roteiro de Entrevista	208
APÊNDICE H – Termo de Confidencialidade	211
APÊNDICE I – Ilustrações da Operacionalização do <i>Orange</i>	213
APÊNDICE J – Ilustrações da Operacionalização do RQDA	215
APÊNDICE L – Lista dos Arquivos e <i>Links</i> de Acesso	220
APÊNDICE M – Dados Qualitativos Tabulados	221
APÊNDICE N – Ilustrações dos Dados Qualitativos.....	239
ANEXO A – Modelos Teóricos da Capacidade de Inovação	241
ANEXO B – Organogramas dos Hospitais Analisados	245
ANEXO C – Documentos dos Atos Preparatórios da Pesquisa	248

1 INTRODUÇÃO

No cenário internacional e no Brasil as pressões enfrentadas pelo setor de saúde têm despertado crescente interesse dos formuladores de políticas públicas e pesquisadores. Esse interesse abrange diversos aspectos como políticas de saúde, regulamentação, investimentos e, em especial, a ampliação de possibilidades para a adoção de modelos de gestão mais eficientes para as organizações prestadoras de serviços de saúde como alternativas para reagir às pressões características do setor (LARISCH; AMER-WÄHLIN; HIDEFJALL, 2016; URUEÑA URUEÑA; HIDALGO; ARENAS, 2016; CIASULLO; COSIMATO; PELLICANO, 2017; BRAZILE *et al.*, 2018).

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Esse interesse é proeminente diante dessas pressões inerentes ao setor de saúde, especialmente, quando envolvem os serviços da atenção hospitalar. A complexidade, o dinamismo e as rápidas mudanças tecnológicas pressionam essas organizações pelas limitações financeiras e maior produtividade no setor (BARBOSA; GADELHA, 2012; CIASULLO; COSIMATO; PELLICANO, 2017; POLESE *et al.*, 2018).

A complexidade na prestação de serviços de saúde é um aspecto inerente às organizações intensivas em mão de obra e que envolve diversas especialidades profissionais, equipamentos e tecnologias. Essa complexidade é pressionada pela necessidade da manutenção equilibrada entre receitas e despesas para o desenvolvimento de múltiplas atividades que dependem de profissionais e equipamentos de múltiplas especialidades (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; ELLNER; STOUT; SULLIVAN, 2015; GASTALDI *et al.*, 2017; MOREIRA; GHERMAN; SOUSA, 2017; GADELHA; TEMPORÃO, 2018).

O dinamismo é considerado outro aspecto característico no cenário da prestação de serviços no setor saúde. Tal dinamismo está relacionado com aspectos do crescimento populacional, novas doenças que demandam novos diagnósticos e tratamentos, alterações normativas e busca por qualidade em termos de diagnóstico preciso, menor tempo no tratamento e recuperação capaz de resultar em maior expectativa e qualidade de vida para os usuários dos serviços de saúde (BARBOSA; GADELHA, 2012; MOREIRA; GHERMAN; SOUSA, 2017; SANJEEWANI; GARIMA, 2019).

A aceleração das mudanças tecnológicas também tem pressionado os hospitais para incorporar essas atualizações que contribuem com melhorias no diagnóstico, tratamento,

cuidado com a saúde e gestão eficiente dos custos. Essa pressão é um fator permanente e contribui na geração de benefícios trazidos a partir da atualização dessas tecnologias como a incorporação de novos medicamentos, vacinas, equipamentos de ponta, órteses/próteses e testes de diagnósticos mais precisos, assim como, contribuir para aperfeiçoamento da gestão da informação com tecnologias digitais e dos processos assistenciais, reduzindo custos com melhor aproveitamento dos recursos. Apesar disso, o acompanhamento dessas rápidas mudanças esbarra-se na disponibilidade de recursos e na capacidade de incorporação dessas novas tecnologias (GADELHA 2003; THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; ELLNER; STOUT; SULLIVAN, 2015; GASTALDI *et al.*, 2017; FRANCISCO; MALIK, 2019; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Nesse cenário de pressões no setor de saúde, encontram-se os hospitais que concentram parte considerável dos serviços de saúde oferecidos à sociedade, em especial no Brasil. Essas organizações prestadoras de serviços de saúde estão se tornando, cada vez mais, complexas em função da ampla produção de serviços hospitalares, ambulatoriais, de diagnósticos e de tratamentos e, em alguns casos, inovadoras como alternativa de resposta aos desafios do setor saúde (DJELLAL; GALLOUJ, 2007; BARBOSA; GADELHA, 2012; CARDOSO; SILVA; VIEIRA, 2016; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Nos hospitais, as inovações apoiadas por tecnologias se apresentam como alternativas viáveis na busca do equilíbrio entre gestão eficiente dos custos e ampliação do atendimento com qualidade da assistência. Para criar um ambiente favorável à inovação, por meio do acesso às novas tecnologias, destaca-se o papel dos gestores como primordial e estratégico no estímulo à mudança contínua nessas organizações, objetivando melhorar seus indicadores de desempenho como resposta ao ambiente desafiador do setor saúde (VARGAS, 2007; FOSTER *et al.*, 2015; GADELHA; TEMPORÃO, 2018; LEE, 2018).

No Brasil esse cenário de prestação de serviços de saúde, especialmente, hospitalares é considerado ainda mais desafiador. A realidade pós-constituição de 1988 resultou na reconfiguração da estrutura política e administrativa dos Estados e Municípios com a descentralização fiscal e da autonomia de governos estaduais em relação às receitas e alguns tributos, assim como a criação de novos municípios, aumento dos gastos públicos com servidores e políticas sociais, contribuindo para aprofundar a crise fiscal. Assim, tais fatores desencadearam a realização de reformas na administração pública para reduzir os gastos e torná-la mais eficiente, com a adoção de novos modelos de gestão (PINTO; FLEURY, 2012; FERREIRA *et al.*, 2014; ALMEIDA, 2017; MOREIRA; GHERMAN; SOUSA, 2017).

Diante desse cenário de pressões do setor de saúde, aliado com o novo marco constitucional, com o novo gerencialismo e em face das crises fiscal e econômica como fatores constantemente enfrentados pelo Brasil, o Estado da Bahia lançou-se na adoção, concepção e implantação de novos modelos de gestão hospitalar, além do tipo Administração Pública Direta (APD), para enfrentar essas pressões no setor brasileiro de saúde. O ponto de partida foi a adoção do modelo de gestão do tipo Organização Social de Saúde (OSS) e, posteriormente, foi a pioneira na implantação da Parceria Público-Privada (PPP), pela Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB), no Sistema Público de Saúde da Bahia, tornando-se referência no território brasileiro (FERREIRA *et al.*, 2014; ALMEIDA, 2017; MORAIS *et al.*, 2018; KINCZESKI; MORÉ, 2020).

A adoção de diferentes modelos de gestão hospitalar destaca o esforço da Bahia, por meio da SESAB, em viabilizar alternativas diante das pressões enfrentadas pelos serviços hospitalares. Esses esforços, no entanto, necessitam de estudos adicionais que analisem como esses diferentes modelos de gestão hospitalar dinamizam os diversos aspectos no âmbito organizacional, a fim de alcançar melhores níveis de equilíbrio entre gestão eficiente dos custos, com ampliação do atendimento e qualidade assistencial nos hospitais (FERREIRA *et al.*, 2014; OSID, 2019; SESAB, 2019).

Os estudos que versam sobre esse problema abordam aspectos teóricos fragmentados e análises parciais. Esses estudos são categorizados nessa pesquisa como gestão eficiente, modelos de gestão, impacto das tecnologias e inovações na prestação de serviços hospitalares e, nessa tese, identifica-se uma lacuna teórica e prática de gestão, o que inspirou a sua realização.

A construção do conhecimento sobre a gestão eficiente nos hospitais avança, de forma geral, na identificação e sistematização de fatores organizacionais capazes de resultar em melhores níveis de efetividade com menores custos e, de forma específica, na possibilidade de ampliação do atendimento. Os principais fatores pesquisados estão relacionados à construção de indicadores para monitoramento dos resultados, avaliação do desempenho dos serviços e a configuração de modelo orientador para implementar tais mecanismos de gestão eficiente (TONELOTTO *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2020).

Os estudos sobre os modelos de gestão hospitalar avançam, também, na gestão eficiente e nas transferências das atividades para as OSS e PPP. Nos hospitais gerenciados pela Administração Pública Direta (ADP), além dos estudos sobre gestão eficiente dos custos com ampliação do atendimento descritos no parágrafo anterior (TONELOTTO *et al.*, 2019;

SANTOS *et al.*, 2020), são estudados os modelos de transferência da administração das atividades hospitalares para as Organizações Sociais de Saúde e Parcerias Público-Privadas, com vista a compreender os formatos de adequação dos recursos públicos limitados, bem como o entendimento que possibilite condições dos modelos de gestão que melhor reagissem ao cenário de pressões do setor de saúde (CASTRO; CALIMAN, 2018; SILVA; PROVIN; FERREIRA, 2018; MATOS; NUNES, 2019; TONELOTTO *et al.*, 2019).

Os hospitais gerenciados por OSS são estudados quanto aos aspectos relacionados à eficiência e aos processos de implantação da qualidade. As pesquisas abordam a relação eficiente entre custo e benefícios como menor tempo de atendimento e qualidade nos diagnósticos (NASCIMENTO *et al.*, 2017; CASTRO; CALIMAN, 2018; FONSECA *et al.*, 2021; MANSUR *et al.*, 2021), assim como, realizam análise de eficiência comparativa entre os modelos de gestão da Administração Pública Direta e da Organização Social de Saúde (SILVA; PROVIN; FERREIRA, 2018; TONELOTTO *et al.*, 2019), também, descrevem e analisam a implantação e execução dos modelos de gestão do tipo OSS (CASTRO; CALIMAN, 2018).

As pesquisas sobre as Parcerias Público-Privadas dos hospitais avançam nas análises sobre os determinantes financeiros, políticos, contratuais, dificuldades, vantagens e desvantagens envolvendo o processo decisório de adoção do modelo PPP (BARBOSA; MALIK, 2015; ALMEIDA, 2017; JOACHIM, 2020; FERNANDEZ; CARRARO; SANTOS, 2021; ANDRADE; PINTO, 2022). Também, realiza-se pesquisa sobre análise comparativa de eficiência entre os modelos ADP e PPP (MATOS; NUNES, 2019).

O impacto das tecnologias tem avanços significativos na construção do conhecimento relacionado às melhores condições dos hospitais para reagirem às pressões do setor de saúde. Os estudos sobre esses impactos abordam a Avaliação das Tecnologias em Saúde (ATS) nos hospitais (NUNES *et al.*, 2013; ELIAS; LEÃO; ASSIS, 2015; USAQUEN-PERILLA *et al.*, 2017; FRANCISCO; MALIK, 2019), assim como, a avaliação da incorporação de tecnologias (FIGUEIRA; LANNA, 2009; GALDINO; CAMARGO; ELIAS, 2021) e a adoção das tecnologias da informação como ferramentas de gestão eficiente dos hospitais (GONZALEZ; PENHA Jr.; SILVA, 2013; THIBE *et al.*, 2014; SILVA; FARIAS, 2017; NASSAR; VIEIRA, 2019).

Outras pesquisas sobre a temática das tecnologias avançam os estudos sobre os índices de maturidade que são modelos de avaliação da maturidade operacional, em relação às práticas e à infraestrutura (KOLUKISA TARHAN *et al.*, 2020) com a aplicação na avaliação de tecnologias, especialmente, as digitais (PAK; SONG, 2016). Nessas pesquisas avaliativas, as

tecnologias da informação são consideradas nas pesquisas como recurso valioso para o desenvolvimento de competência organizacional (OLIVEIRA; TODA, 2013; MARTINS *et al.*, 2020), apoio às decisões gerenciais e as inovações (AGUIAR; MENDES, 2016; RAFFA; MALIK; PINOCHET, 2017).

As abordagens dos estudos sobre inovações no ambiente hospitalar, apresentam-se promissoras por relacionar a inovação a pelo menos duas categorias discutidas nessa tese, que são os impactos das tecnologias e os modelos de gestão. Estudos com foco nos aspectos infraorganizacionais abordam os determinantes de inovações apoiadas em tecnologias (ISIDRO-FILHO; GUIMARÃES; PERIN, 2011; QUEIROZ; ALBUQUERDE; MALIK, 2013; CARDOSO; SILVA; VIEIRA, 2016), bem como, descrevem a adoção de inovações apoiadas com tecnologias, especialmente, Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) (FARIAS; GUIMARÃES; VARGAS, 2012).

Os estudos se referem à relação entre hospitais e o ambiente externo, com foco na avaliação e análise de políticas governamentais, setor econômico-industrial da saúde e relação com a iniciativa privada, por meio do modelo PPP. Esses estudos envolvem o investimento público para promover inovação com apoio de tecnologias na saúde (KNUPP RODRIGUES *et al.*, 2016), bem como abordam os serviços hospitalares em uma dinâmica que impulsiona o processo de inovação no complexo econômico-industrial da saúde (BARBOSA; GADELHA, 2012) e a classificação dos tipos de inovação (FERREIRA *et al.*, 2014; FALABRETTE *et al.*, 2016; CENTODUCATTE; SANTOS, 2017), assim, como incorporam as inovações relacionadas às Parcerias Público-Privadas (MATOS; NUNES, 2016).

Essas várias abordagens têm sido usadas para analisar como os instrumentos de gestão eficiente, adoção de novos modelos de gestão, das tecnologias e o desenvolvimento da inovação contribuem para os hospitais reagirem com melhores condições às pressões do setor de saúde. Contudo, esses estudos apresentam abordagens fragmentadas e falta uma concepção teórica que possibilite visualizar a relação dos principais aspectos dessas abordagens em uma dinâmica organizacional hospitalar que resultem em inovações.

A lacuna identificada nesses estudos evidencia a fragmentação das pesquisas e a compreensão teórica e gerencial parcial da dinâmica da inovação hospitalar. Em função disso, inviabiliza conhecer as estratégias orientadas para inovação capazes de integrar os diversos aspectos organizacionais. Assim, identifica-se a necessidade de conceber teoricamente os aspectos que envolvem a dinâmica de inovação nos diferentes modelos de gestão hospitalar, possibilitando desenvolver estudos apoiados por uma lente teórica para compreender as

dimensões e evidenciar as práticas de gestão capazes de resultar em inovações que produzam melhores condições de reação às pressões do setor de saúde.

Os resultados desse estudo podem contribuir para aumentar a base do conhecimento sobre dinâmica organizacional que resulte em inovação nos três modelos de gestão hospitalar pesquisados. Isso possibilita demonstrar a existência de integração dos diversos aspectos gerenciais internos que relacionem a busca pela gestão eficiente, com apoio de tecnologias advindas do ambiente externo, que resultem em inovações desenvolvidas no ambiente hospitalar, para alcançar a melhor relação entre a eficiência em custos com a ampliação do atendimento e da qualidade assistencial.

Isto posto, diante da existência de estudos fragmentados e análises parciais dos diferentes aspectos organizacionais envolvendo a gestão hospitalar em seus diversos modelos, evidencia-se uma lacuna a ser preenchida com a realização do presente estudo. A condução desse estudo se fundamenta em uma pesquisa do tipo teórico-empírica, apresentando a seguinte questão norteadora: Como as práticas declaradas pelos gestores, nas entrevistas, contribuem para minuciar a dinâmica organizacional, a partir da relação entre os fatores determinantes, que impactam no desempenho em inovação nos hospitais gerenciados pelos modelos de gestão dos tipos APD, OSS e PPP, mediante análise de métodos mistos sequenciais?

1.2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo de métodos mistos sequenciais é analisar a dinâmica de inovação envolvendo a relação entre os fatores determinantes que impactam no desempenho em inovação nos hospitais gerenciados pelos modelos de gestão dos tipos APD, OSS e PPP. Na primeira fase, as hipóteses foram testadas para evidenciar a relação entre esses fatores determinantes da liderança transformadora, intenção estratégica de inovar, gestão de pessoas para inovação, estratégia tecnológica para inovação, moderados pela gestão de projetos e organicidade da estrutura organizacional, impactando positivamente o desempenho em inovação, que reflete os tipos de inovação de serviço e de processo junto aos profissionais de saúde e da área administrativa de três hospitais, cada um, gerenciado por diferente modelo.

As informações dessa primeira fase quantitativa são mais bem exploradas em uma segunda fase qualitativa. Na segunda fase, são utilizadas entrevistas semiestruturadas para explorar como os fatores determinantes de maior impacto direto e indireto no desempenho em inovação são dinamizados no âmbito organizacional dos hospitais gerenciados pelos modelos

de gestão dos tipos ADP, OSS e PPP, com os gestores estratégicos do Hospital Ernesto Simões Filhos (HGESF), Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) e Instituto Couto Maia (ICOM).

A razão de se combinar dados quantitativos e qualitativos de forma sequencial é que a dinâmica de inovação como estratégia de gestão hospitalar só poderia ser melhor explorada aprofundando o estudo sobre os fatores de maior impacto no desempenho em inovação dos hospitais pesquisados, os quais podem ser mensurados, a partir da configuração de um modelo teórico da capacidade de inovação que relacionam esses fatores determinantes com resultados de inovações de serviços e de processos. O desenvolvimento do objetivo geral da pesquisa desdobra-se nos seguintes objetivos específicos:

- **Objetivo 1** – Validar o modelo teórico de mensuração da capacidade de inovação em organizações prestadoras de serviços de saúde;
- **Objetivo 2** – Medir os fatores determinantes de maior impacto no desempenho em inovação dos hospitais, a partir do modelo teórico validado;
- **Objetivo 3** – Minuciar a dinâmica organizacional, a partir da relação entre os fatores determinantes com desempenho em inovação confirmados na fase quantitativa.

1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA

Como observado na problematização, os estudos avançam com abordagens fragmentadas, apresentando resultados que indicam uma compreensão teórica e gerencial parcial da dinâmica de inovação no âmbito hospitalar. A dinâmica de inovação delineada nessa tese apresenta a possibilidade de análise que contemple os principais aspectos das diversas abordagens categorizadas na problematização, em uma dinâmica organizacional hospitalar que resulte em inovações.

Ao analisar a dinâmica de inovação, possibilitou-se evidenciar, de forma mais extensa e com profundidade, os diversos aspectos organizacionais inter-relacionados, resultando em inovações que proporcionam melhores condições de reagir às pressões do setor de saúde. Para isso, buscou-se na literatura especializada constructos que relacionam fatores determinantes com desempenho em inovação de serviço e processo, possibilitando medi-los, bem como testando hipóteses relacionais nos hospitais pesquisados na primeira fase quantitativa, convergindo, assim, para modelos teóricos da capacidade de inovação.

O desenvolvimento da capacidade de inovação no âmbito organizacional tem fundamento na *Resource-Based Theory View* (RBV), como um diferencial estratégico (WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991; PETERAF, 1993) capaz de integrar esses diversos aspectos

organizacionais (LAWSON; SAMSON, 2001; COSTA *et al.*, 2012; VALLADARES; VASCONCELLOS; SERIO, 2014) e potencializado com apoio de tecnologias (FRANCISCO; MALIK, 2019). Realizou-se revisão da literatura para identificar constructos abrangentes e adaptáveis à realidade hospitalar, validando um modelo teórico que possibilitou medir e testar os fatores de maior impacto no desempenho em inovação de serviço e de processo nos hospitais pesquisados na primeira fase quantitativa.

Na segunda fase sequencial dessa pesquisa, identificou-se a necessidade de compreender como se manifesta a inovação nas organizações hospitalares para contrastar com os resultados que emergem dos dados qualitativos. Realizou-se um levantamento da literatura nacional e internacional, agrupando os elementos conceituais e tipologias da inovação, a partir do entendimento do complexo econômico-industrial da saúde e o papel da inovação nos hospitais, para configurar uma proposta conceitual da dinâmica de inovação em serviços de saúde no âmbito organizacional.

A discussão teórica nessa tese subsidiou a consolidação dessa proposta conceitual, resultando em um ensaio teórico para validação científica pelos pares. O artigo foi aceito para publicação no periódico *Teoria e Prática em Administração (TPA)*, em agosto de 2021, e publicado no volume 11, da edição especial em saúde, no mesmo ano (BAGAGI; MENDES; GARCIA, 2021).

Os principais ganhos em termos de práticas de gestão estão relacionados aos fatores determinantes de maior impacto no desempenho em inovação e às dimensões emergidas na minúcia da dinâmica organizacional. Assim, a evidência desses fatores de maiores peso e dimensões, integrando os diversos aspectos organizacionais, indicam práticas de gestão que, se encorajadas, contribuem para os hospitais e demais organizações inovarem na prestação de serviços de saúde, especialmente hospitalares, possibilitando, assim, reagirem às pressões do setor de saúde em melhores condições de competitividade, o que significa ofertar serviços com menores custos e maior qualidade.

1.4 ESTRUTURA DO RELATÓRIO DA TESE

A estrutura de relatório de tese foi organizada de forma a descrever a amplitude e a profundidade dos processos teóricos e metodológicos que fundamentaram a realização dessa pesquisa. Os fundamentos teóricos, metodológicos e resultados estão estruturados de acordo com esse detalhamento.

Os fundamentos teóricos abordaram as concepções da RBV com capacidade de inovação que subsidiaram o modelo teórico de mensuração e à concepção da dinâmica de inovação em serviços de saúde desenvolvida nessa tese. Esses fundamentos guiaram as fases quantitativas e qualitativas e possibilitaram a realização dessa pesquisa de métodos mistos sequenciais, respectivamente, abordando o objeto de pesquisa de forma abrangente e em profundidade.

A abordagem metodológica envolveu os principais aspectos metodológicos, procedimentos e aspectos éticos e limitações. O capítulo da metodologia posiciona essa tese em relação aos paradigmas, métodos de pesquisa e unidades de análise, assim como, detalha os procedimentos das fases quantitativa e qualitativa. Por fim, este capítulo apresenta os aspectos éticos e descreve as principais limitações envolvendo os atos preparatórios da pesquisa, relacionados as autorizações, acesso aos hospitais, submissão e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), além das limitações e contribuições relacionadas à coleta de dados.

Os resultados são apresentados de forma a delinear o desenvolvimento dos objetivos específicos ao problema de pesquisa. As análises dos dados envolvem a validação do modelo teórico, medição dos fatores determinantes de maior peso para o desempenho em inovação e minúcia da dinâmica organizacional.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A teoria da visão baseada em recursos fundamenta a capacidade de inovação como diferencial estratégico das organizações, possibilitando conceber a dinâmica de inovação em serviços de saúde. Nesse sentido, esta seção objetiva apresentar os aspectos teóricos da RBV fundamentando a capacidade de inovação, de acordo com as premissas da heterogeneidade e imobilidade por apresentarem atributos de um ativo raro, valioso e custoso de imitar; os elementos conceituais e a revisão da literatura da capacidade de inovação que fundamentaram o modelo teórico com delineamento das hipóteses para medir essa capacidade em hospitais; e a concepção da dinâmica de inovação, a partir das definições com os tipos de inovação do complexo econômico-industrial da saúde e do ambiente hospitalar.

Nessa pesquisa, antes de avançar sobre os fundamentos teóricos, buscou-se adotar uma compreensão sobre inovação, considerando-se os diversos aspectos organizacionais e as tecnologias relacionadas à capacidade de inovação com foco no ambiente hospitalar. Desse modo, tal compreensão se alinha com Fruhling e Siau (2007) e Lin, Chen e Chiu (2010, p. 113) conceituando a “[...] inovação como uma ideia, prática ou objeto que é percebido como novo para um indivíduo ou para a unidade de adoção”.

Com esse conceito de inovação, aprofunda-se o entendimento sobre os fatores que predisõem os hospitais a inovarem. O relacionamento entre fatores determinantes e resultantes para a inovação estão conexos com as dimensões da capacidade de inovação e se apresentam como concepção adequada nessa pesquisa para mensurar o impacto desses fatores no desempenho em inovação, com o apoio das tecnologias no ambiente hospitalar e seus efeitos (ISIDRO-FILHO; GUIMARÃES; PERIN, 2011; QUEIROZ; ALBUQUERDE; MALIK, 2013; CARDOSO; SILVA; VIEIRA, 2016; FRANCISCO; MALIK, 2019).

2.1 VISÃO BASEADA EM RECURSOS

A questão fundamental do campo da administração estratégica é compreender como as organizações alcançam e sustentam um desempenho superior, quando inseridas em ambiente dinâmico de mudanças constantes. Contribuições basilares de Penrose (2009), em 1959, alicerçaram a teoria da visão baseada em recursos (RBV) para explicar a fonte desse desempenho superior como vantagem competitiva, fundamentando nas premissas da heterogeneidade e imobilidade dos recursos e capacidades relacionadas com os mecanismos

que possibilitam alcançar e sustentar esse níveis de desempenho (WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991; PETERAF, 1993).

2.1.1 Recursos e capacidade

Os recursos e as capacidades são caracterizados pela RBV como ativos organizacionais utilizados para criar diferencial estratégico na melhoria nos níveis de desempenho organizacional e mercadológico. As organizações competem pela posse desses ativos que são recursos e/ou o desenvolvimento de capacidades que apresentam atributos raros, valiosos e custosos de imitar (BARNEY, 1991). Nessas condições, tais ativos possuem o potencial de permitir que as organizações, especialmente nos hospitais, concebam e implementem estratégias para a maximização do potencial econômico dos recursos heterogêneos ou idiossincráticos que controlam (BARNEY, 1991; BARNEY; MACKAY, 2005; PENROSE, 2009; RAHMAN; CARPANO, 2017; ALEXY *et al.*, 2018).

Os recursos e as capacidades são valiosos para a organização quando exploram oportunidades e neutralizam ameaças do ambiente (BARNEY, 1991; CROOK *et al.*, 2008; CLARKE; MACDONALD, 2016). Nos hospitais é valioso que se oportunize a obtenção estratégica de tecnologias e as implementem, de forma que possibilitem melhor relação entre eficiência em custos e ampliação do atendimento para a realidade hospitalar, assim como, as competências dos profissionais constituem-se também em um atributo valioso para reagir às pressões do setor pelo aumento da demanda e recursos cada vez mais limitados (OLIVEIRA; TODA, 2013; CARNASCIALI; BULGACOV, 2014; ABREU; ANTONIALLI, 2017; RAMIREZ-PEREZ, *et al.*, 2022).

A raridade como um atributo dos recursos e capacidades, caracteriza-se por ser valioso e inacessível porque são explorados de forma única pela organização, conferindo elevado grau de exclusividade como a reputação, patentes registradas, capacidade gerencial e conhecimento obtido por processos contínuos de aprendizagem (PRAHALAD; HAMEL, 1990; BARNEY, 1991; CROOK *et al.*, 2008; ZIMUTO; MARITZ, 2019). A capacidade de gerenciamento e o conhecimento crescente dos processos assistenciais no âmbito hospitalar, assim como a construção de uma reputação de referência para a saúde são exclusivos dessas unidades de saúde, que as desenvolvem por meio de capacitações, treinamentos e aperfeiçoamentos, de forma a impactar positivamente na imagem organizacional (COBAITO, 2012; ACOSTA-PRADO, *et al.*, 2020; OLIVEIRA, *et al.*, 2021).

Os recursos e o desenvolvimento de capacidades de difícil imitação, caracterizam-se por potencializar o desenvolvimento de estratégias que dificilmente poderão ser adotadas por outra organização, as quais envolvem condições históricas únicas, ambiguidade causal e complexidade social (BARNEY, 1991; MACKEY, 2005; CHADWICK, 2015; ZIMUTO; MARITZ, 2019). A complexidade na operacionalização das atividades hospitalares, a dinâmica das demandas por serviços de saúde e as alterações tecnológicas constantes, aliadas ao alto grau de especialização, conferem aos hospitais certa ambiguidade causal e complexidade social, que exige conhecimento e domínio dos processos assistenciais por meio da interlocução das equipes multiprofissionais e da combinação dos recursos diversos na prestação assistencial. Outras organizações de saúde, também, apresentam condições históricas únicas relacionadas às suas trajetórias na assistência à saúde, ensino e pesquisa, como algumas organizações filantrópicas, policlínicas e hospitais públicos especializados (COBAITO, 2012; CARNASCIALI; BULGACOV, 2014; ACOSTA-PRADO, *et al.*, 2020; OSID, 2019; OLIVEIRA, *et al.*, 2021).

2.1.2 Premissas fundamentais da RBV

A RBV amplia as perspectivas teóricas tradicionais do pensamento estratégico para explicar a fonte de desempenho superior das organizações. Essas concepções teóricas ampliam a abordagem para além do foco no produto e nos fundamentos econômicos relacionados ao posicionamento (PORTER, 2008), analisando a gestão estratégica, a partir das condições internas que tornam recursos e capacidades em fonte de desempenho superior das organizações (WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991; PETERAF, 1993; CROOK *et al.* 2008; PENROSE, 2009).

Os estudos tradicionais apoiavam-se nos produtos e fundamentos econômicos para explicar a origem dos ganhos de desempenho. Os fatores de posicionamento, competitividade e concorrência centralizavam o foco dessa abordagem, pois consideravam as dinâmicas internas das firmas como secundárias, assim como Porter (2008) abordava os atributos da indústria e de posicionamento competitivo com foco no produto (GRANT, 1991; PORTER, 2008; SANTOS *et al.*, 2017).

Com o dinamismo social e mercadológico ganhando força e com a globalização nas décadas de 1980 e 1990, algumas organizações se destacam apresentando desempenho superior ou vantagem competitiva, quando comparadas com as outras do mesmo setor e sujeitas às

mesmas condições do ambiente. Nesse cenário, a RBV emergiu para subsidiar a análise sobre como os recursos e as capacidades internas dessas organizações concebem e implementam estratégias mais eficientes para superar outras (GRANT, 1991; VASCONCELOS; CYRINO, 2000; HAEUSSLER; PATZELT; ZAHRA, 2012; SALUNKE; WEERAWARDENA; MCCOLL-KENNEDY, 2019).

Diante dessas circunstâncias, as concepções da RBV lançam as bases para uma abordagem teórica flexível e com foco na administração estratégica para explicar a fonte de desempenho superior das organizações, ampliando a visão para além dos fundamentos econômicos tradicionais de posicionamento e concorrência. O fator predominante da RBV é compreender quais são as condições internas da organização que tornam a relação entre os recursos e as capacidades em fontes de desempenho superior, estratégicas e sustentáveis ao longo do tempo (LUCIANO; TESTA; BECKER, 2012; POPLI; LADKANI; GAUR, 2017; ALEXY *et al.*, 2018).

As condições internas das organizações que combinam os recursos e as capacidades para potencializar estratégias mais eficientes são o foco do pensamento estratégico da RBV. Por isso, o sistema de organização e utilização desses ativos (recursos e capacidades) estratégicos, capazes de maximizar as oportunidades e neutralizar as ameaças do ambiente, passou a ser considerado um diferencial estratégico e recorrente nas organizações de melhor performance (VASCONCELOS; CYRINO, 2000; POPLI; LADKANI; GAUR, 2017; SALUNKE; WEERAWARDENA; MCCOLL-KENNEDY, 2019).

Os recursos e as capacidades, considerados como estratégicos para os ganhos de desempenho tiveram maior impulso a partir do pensamento de Wernerfelt (1984) sobre a organização como “feixes de recursos”. Essa visão amplia o campo de análise tradicional com foco no produto para uma perspectiva baseada em recursos e capacidades e fornece as bases para compreender as estratégias de gerenciamento de posição dos recursos e capacidades da organização para alcançar desempenho superior (HAEUSSLER; PATZELT; ZAHRA, 2012; BROWN; ANDERSSON, 2016; POSEN; YI; LEE, 2020).

Na visão de Wernerfelt (1984) os ganhos de desempenho das organizações possuem relação com a estratégia de gerenciamento das barreiras de posicionamento dos recursos e capacidades de longo prazo (WERNERFELT, 1984). Essas estratégias envolvem o controle e a disposição dos recursos e das capacidades heterogêneas que são utilizadas pelas organizações para criar diferenciação e, por conseguinte, melhorar as condições organizacionais em

comparação às outras do mesmo setor (PRAHALAD; HAMEL, 1990; PETERAF 1993; POPLI; LADKANI; GAUR, 2017; ALEX Y *et al.*, 2018).

Barney (1991) e Peteraf (1993) consolidam esse pensamento de Wernerfelt (1984), destacando que as organizações dotadas de recursos e capacidades heterogêneos, conseguem maior equilíbrio no ambiente, na produção de produtos/serviços com níveis de eficiência econômica e/ou com maior satisfação. Assim, as organizações que buscam diferenciação estratégica devem concentrar seus esforços na heterogeneidade, na imobilidade de recursos e nas capacidades para alcançar desempenho superior como diferencial estratégico (CORTE *et al.*, 2012).

Essa diferenciação estratégica confere a algumas organizações possuem mais recursos estratégicos e, por conseguinte, melhor desempenho duradouro do que outras (CROOK *et al.*, 2008; CRUZ; HAUGAN, 2019). O carácter heterogêneo e a imobilidade na distribuição dos recursos nas organizações revelam as opções estratégicas que vinculam sua alavancagem, reconfiguração ou combinação de recursos ao seu desempenho organizacional. (BARNEY; MACKEY, 2005; CORTE *et al.*, 2012).

Nesse sentido, o fundamento da primeira premissa é de que organizações inseridas e atuando no mesmo ambiente ou setor econômico possuem um pacote de recursos e de capacidades que permite alcançar melhores níveis de desempenho. Em termos práticos, a heterogeneidade dos recursos e as capacidades de algumas organizações possibilitam terem maior competência para realizarem atividades, em detrimento de outras organizações de um mesmo setor, como a combinação de recursos que possibilitem maior eficiência em termos de custos e ampliação de oferta e qualidade como resultado da produção e entrega dos serviços. (BARNEY; MACKEY, 2005; CROOK *et al.*, 2008; CRUZ; HAUGAN, 2019).

A segunda premissa fundamental é a de que a imobilidade se refere ao carácter duradouro dessa heterogeneidade de recursos e capacidades ao longo do tempo. Esse carácter duradouro ocorre quando as demais organizações, atuantes no mesmo setor, não conseguem alcançar e acompanhar o mesmo nível de desempenho, por ser custoso desenvolver ou adquirir certos recursos (BARNEY; MACKEY, 2005; CROOK *et al.*, 2008; CRUZ; HAUGAN, 2019).

Tais premissas sustentam que o controle de recursos e desenvolvimento de capacidades ocorrem de forma heterogênea entre as organizações, com isso, a imobilidade desses recursos possibilita alcançar e sustentar desempenho superior. As condições pelas quais os recursos tornam-se fonte de desempenho podem ser caracterizadas por tipos, categorias e atributos de

recursos (WERNERFELT, 1984; PRAHALAD; HAMEL, 1990; BARNEY, 1991; GRANT, 1991; PETERAF, 1993; CROOK *et al.* 2008; CRUZ; HAUGAN, 2019).

2.1.3 Diferencial estratégico da capacidade de inovação

A literatura fundamenta diversos aspectos que relacionam a capacidade de inovação com o diferencial estratégico. Desses aspectos, três são abordados a seguir, para embasar o diferencial estratégico da capacidade de inovação e a relação entre capacidade de inovação apoiada por tecnologias, visando criar melhores condições de desempenho hospitalar em termos de eficiência em custos e de ampliação do atendimento com qualidade assistencial.

O uso da capacidade de inovação como diferencial estratégico está relacionado com as premissas da RBV (heterogeneidade e imobilidade). Isso ocorre porque as organizações, sobretudo, as hospitalares, não mais se diferenciam por apresentarem novos produtos/serviços, mas pela capacidade de desenvolvê-los e aprimorar constantemente os seus processos (LAWSON; SAMSON, 2001; GUAN; MA, 2003).

A heterogeneidade da capacidade de inovação está relacionada com certas condições internas que favorecem algumas organizações a desenvolvê-las. Essas condições referem-se às experiências infraorganizacionais que integram e combinam demais recursos e capacidades contínuas para introdução rápida de novos ou reformulados produtos/serviços e processos (LAWSON; SAMSON, 2001; GUAN; MA, 2003).

O caráter duradouro dessa heterogeneidade da capacidade de inovação está relacionado com a imobilidade desse ativo. Essa capacidade, também se destaca por ser um ativo raro, valioso e custoso de imitar, pois é um ativo especialmente restrito às organizações que experimentam condições específicas para desenvolvê-la, além de ser valioso por possibilitar o desenvolvimento de novos produtos/serviços ou a reformulação de processos para aproveitar oportunidades e neutralizar ameaças do ambiente, como na combinação de tecnologias com reformulação de processos assistenciais, reduzindo o tempo de diagnóstico, tratamento e de internação. Por fim é custoso imitar porque existe uma dependência da trajetória específica de cada organização para adquirir experiências que resultem em desempenho de inovação, como ocorre nos hospitais que desenvolvem pesquisas e constroem reputação relacionada a uma especialidade em saúde, respectivamente, vinculando sua imagem à vanguarda e qualidade assistencial (COBAITO, 2012; ZEN; FRACASSO, 2012; CARNASCIALI; BULGACOV, 2014; ACOSTA-PRADO, *et al.*, 2020; OLIVEIRA, *et al.*, 2021).

Esse entendimento da capacidade de inovação como diferencial estratégico está alinhado com a literatura especializada. Lawson e Samson (2001, p. 384), assim como Guan e Ma, (2003, p. 140) relacionam a capacidade de inovação ao elevado nível de desempenho organizacional em função dos atributos de um ativo raro, valioso e difícil de imitar, que possibilita sustentar esse diferencial estratégico (VALLADARES, 2012; SALUNKE; WEERAWARDENA; MCCOLL-KENNEDY, 2019).

No âmbito da gestão hospitalar, a capacidade de inovação apoiada em tecnologias tem efeito positivo para inovar em produtos/serviços e processos. Esse efeito reflete a capacidade organizacional de gerar inovações úteis para aproveitar oportunidades e neutralizar ameaças do ambiente que, por sua vez, podem ser medidos, a partir do desempenho em inovação (ZHAO *et al.*, 2005; ESTERHUIZEN; SCHUTTE; DU TOIT, 2012; JORGE; CARVALHO; MEDEIROS, 2013; CARDOSO; SILVA; VIEIRA, 2016; RAJAPATHIRANA; HUI, 2018).

Novas tecnologias que complementem a capacidade tecnológica existente, especialmente no contexto hospitalar, podem influenciar a capacidade de inovação (ZHAO *et al.*, 2005). Nesse sentido, as organizações hospitalares conseguem elevar o seu nível de desempenho em inovação, a partir da capacidade de implementação de novas tecnologias (ISIDRO-FILHO, GUIMARÃES; PERIN, 2011; CARDOSO; SILVA; VIEIRA, 2016; FRANCISCO; MALIK, 2019).

A relação entre capacidade de inovação e desempenho envolve o potencial para gerar resultados inovadores. Esses resultados incluem tecnologias na inovação em produtos/serviços e processos, refletindo no elevado potencial da capacidade de inovação nos hospitais que os geram, como forma de reagir às pressões do setor de saúde (ISIDRO-FILHO, GUIMARÃES; PERIN, 2011; ESTERHUIZEN; SCHUTTE; DU TOIT, 2012; RAJAPATHIRANA; HUI, 2018; CAMISÓN; VILLAR-LÓPEZ, 2014; FRANCISCO; MALIK, 2019).

2.2 CAPACIDADE DE INOVAÇÃO

A teoria da RBV fundamenta a capacidade de inovação como diferencial estratégico presente nas organizações com desempenho superior, inseridas em ambientes dinâmicos, complexos e impulsionados por rápidas mudanças tecnológicas, tal qual ocorre no setor saúde (HWANG; CHOI; SHIN, 2020). Segundo Lawson e Samson (2001) a capacidade de inovação emerge implicitamente como capacidade superior de integração de recursos e das demais capacidades para renovar estratégias organizacionais.

Essas concepções consideram os recursos e as capacidades estratégicas para gerar inovações, como aspectos intrínsecos às organizações de destaque em seus setores de atuação. Isso contribui para reforçar o papel do diferencial estratégico da capacidade de inovação (LAWSON; SAMSON, 2001; TEECE, 2010; LIN; WU, 2014; DAVIS; BENDICKSON, 2020; MOINAK *et al.*, 2020).

Assim, abordam-se os principais elementos conceituais relacionados aos fundamentos teóricos e ao objeto de pesquisa, a partir da literatura especializada. A identificação desses elementos contribui para fundamentar a associação e a adaptação do modelo teórico da RBV e orientar as fases metodológicas dessa pesquisa.

2.2.1 Elementos conceituais

Abordar os elementos conceituais da capacidade de inovação abrange identificá-los e compreendê-los na constituição do cerne conceitual. Esses elementos subsidiam a análise dos constructos teóricos, com estrutura de mensuração abrangente, para medir os fatores determinantes impactando no desempenho em inovação nas organizações prestadoras de serviços de saúde hospitalares (SAMSON; GLOET, 2014; SAUNILA, 2017; RAUTER *et al.*, 2019).

Com a análise das definições configuradas, a seguir, apresenta-se o conceito de capacidade de inovação que norteou o desenvolvimento dessa pesquisa: é o potencial que afeta o estado atual, impulsionando os processos que ajudam as organizações a utilizarem esse potencial para gerar desempenho em inovação de produto/serviço e processo (SAUNILA; UKKO, 2012; NARCIZO, CANEM; TAMMELA, 2017).

Os esforços desse campo para conceituar a capacidade de inovação avançam sem convergência, diante de uma abordagem fragmentada na literatura. Para isso, tomou-se como referência o estudo realizado por Narcizo, Canem e Tammela (2017) sobre os diversos elementos que compõem o conceito de capacidade de inovação, o qual reúne abrangentes concepções, a partir de referências tradicionais e consolidadas no ambiente científico.

Quadro 1 – Conceitos de capacidade de inovação nas organizações

Referência	Conceito
Rangone (1999, p. 235)	“[...] capacidade de uma empresa desenvolver novos produtos e processos, para alcançar desempenho tecnológico e/ou gerencial superior [...]”
Lawson e Samson (2001, p. 384)	“[...] capacidade de transformar continuamente o conhecimento e as ideias em novos produtos, processos e sistemas para o benefício da empresa e de seus <i>stakeholders</i> .”
Romijn e Albaladejo (2002, p. 1054)	“[...] é definido como as habilidades e conhecimentos necessários para efetivamente absorver, dominar e melhorar as tecnologias existentes, e para criar novas.”
Guan e Ma (2003, p. 740)	“[...] uma propriedade organizacional que sustenta um amplo fluxo de iniciativas múltiplas, criadoras de valor e inovadoras”
Ottaviano (2004, p. 16)	“[...] a capacidade de uma organização inovar com sucesso de forma sustentada.”
Zhao <i>et al.</i> (2005, p. 212)	“[...] é a aplicação de conhecimentos relevantes para a obtenção de valor de mercado [...]”
Assink (2006, p. 219)	“A energia motriz interna para gerar e explorar novas ideias e conceitos radicais, para experimentar soluções para potenciais padrões de oportunidade detectados no espaço em branco do mercado e desenvolvê-los em inovações eficazes e comercializáveis, alavancando recursos e competências internas e externas.”
Akman e Ylmaz (2008, p. 79)	[...] “um fator importante que facilita uma cultura organizacional inovadora, características de atividades internas de promoção e capacidades de compreender e responder apropriadamente.”
Essmann (2009, p. 73)	[...] “é o meio organizacional com o qual os resultados inovadores podem ser facilitados.”
Lerro, Linzalone e Schiuma (2009, p. 11)	“[...] a capacidade da empresa de combinar, integrar e explorar seus recursos tangíveis e intangíveis, para criar e fornecer produtos e serviços.”
Lin, Chen e Chiu (2010, p. 113)	“[...] a implementação ou criação de tecnologia aplicada a sistemas, políticas, programas, produtos, processos, dispositivos ou serviços que são novos para uma organização.”
Olsson <i>et al.</i> (2010, p. 168)	“[...] a capacidade de inovação de uma empresa é frequentemente descrita como sua capacidade de desenvolver continuamente inovações como resposta a um ambiente de mudança.”
Wonglimpiyarat (2010, p. 247)	“[...] capacidade de fazer grandes melhorias e modificações nas tecnologias existentes e criar novas.”
Esterhuizen, Schutte e Du Toit (2012, p. 2)	[...] “é o modo como as empresas podem gerar resultados inovadores.”
Saunila e Ukko (2012, p. 358)	“O conceito de capacidade de inovação inclui três elementos: (1) o potencial de inovação consiste em fatores que afetam o estado atual da capacidade de inovação. Os fatores refletem o potencial que as organizações têm de produzir inovações; (2) processos de inovação são sistemas e atividades que ajudam as organizações a utilizar seu potencial de inovação e, portanto, possibilitam inovações. Eles são o modo como os sistemas e atividades são realizados; (3) os resultados das atividades de inovação são, por exemplo, inovações de produtos/serviços e inovações de processo.”
Santos-Vijande, González Mieres e López Sánchez (2013, p. 87)	“[...] capacidade de adotar ou implementar regularmente mais inovações nos domínios administrativo e técnico relativos à concorrência.”
O’Cass e Sok (2014, p. 4)	“A capacidade de inovação do produto é definida como conjuntos de rotinas inter-relacionadas usadas para realizar atividades específicas relacionadas à inovação de produtos em áreas como o desenvolvimento de novos produtos e a melhoria da qualidade do produto existente.”
Tang, Wang e Tang (2015, p. 139)	“[...] é a capacidade em que uma empresa utiliza seus próprios recursos para desenvolver novos produtos ou serviços.”

Fonte: Adaptado de Narcizo, Canen e Tammela (2017).

A partir da análise dessas concepções fragmentadas na literatura (NARCIZO; CANEN; TAMMELA, 2017) foi possível identificar e categorizar três elementos principais capazes de

contemplar os diversos conceitos apresentados. Tais elementos possuem relação de similaridade com o conceito de Saunila e Ukko (2012) e destacam fatores, processos e resultados de inovações como elementos conceituais da capacidade de inovação (SAUNILA, 2017).

O primeiro elemento refere-se aos fatores que refletem o potencial de inovar da organização, a partir de práticas de gestão. A manifestação desse elemento no ambiente organizacional indica a predisposição para inovar e é considerado como um recurso estratégico que compõe a capacidade organizacional (LAWSON; SAMSON, 2001; GUAN; MA, 2003; AKMAN; YILMAZ, 2008; SAUNILA; UKKO, 2012; MARTÍNEZ-ROMÁN; ROMERO, 2017; JING; MIAO, 2019).

O segundo elemento é a predisposição para inovar, que se manifesta por meio do “processo organizacional”, que potencializa a capacidade de inovação. Esse processo caracteriza-se pelo desenvolvimento de práticas e rotinas organizacionais que resultam em “saídas inovadoras” para alcançar e sustentar o desempenho superior (SAUNILA; UKKO, 2012; O’CASS; SOK, 2014; WU; SIVALOGATHASAN, 2015; BERMEJO *et al.*, 2016; RAJAPATHIRANA; HUI, 2018).

Terceiro e último elemento são considerados os resultados diferenciados de inovações desenvolvidas pelas organizações. O processamento dos ativos organizacionais envolvendo recursos e capacidades resultam em inovações do tipo novos produtos/serviços e processos com vistas a reagir, com desempenho superior às alterações das condições ambientais (LAWSON; SAMSON, 2001; SAUNILA; UKKO, 2012; NARCIZO; CANEN; TAMMELA, 2017; JING; MIAO, 2019).

Assim, nos termos dessa tese, tais elementos constituem o cerne teórico do conceito de capacidade de inovação nas fases dessa pesquisa. Nesse sentido, destacam-se os três elementos estruturantes desse conceito teórico como aderentes à pesquisa: a) são fatores que refletem o potencial de inovação; b) são processos de inovação como sistemas e ações que ajudam as organizações a utilizarem esse potencial; c) são os resultados de inovação do tipo novo produto/serviços e processos impactando no desempenho da inovação (LAWSON; SAMSON, 2001; SAUNILA; UKKO, 2012; NARCIZO; CANEN; TAMMELA, 2017; RAJAPATHIRANA; HUI, 2018).

2.2.2 Constructos dos modelos de capacidade de inovação

Para o levantamento desses constructos foi realizada revisão da literatura para identificá-los, a partir dos modelos teóricos relacionados aos elementos conceituais dos fatores determinantes e resultantes da capacidade de inovação no âmbito das organizações. Essa revisão é subdividida em duas etapas sequenciais: a primeira é de caráter quantitativo-descritivo, representa o estado da arte sobre as principais referências relacionadas à capacidade de inovação nas organizações, mapeando possíveis avanços e lacunas; a segunda é de caráter qualitativo-analítico e objetiva, a partir do refinamento dessas referências, relacionar modelos teóricos sobre fatores determinantes e resultantes para mensurar a capacidade de inovação.

A consecução dessa revisão da literatura adota protocolos previamente definidos para recuperar referências e refiná-las nessas duas análises. A estratégia de busca e seleção das referências para revisão da literatura sobre o tema “capacidade de inovação” foi adotar o seguinte protocolo: seleção das bases de dados científicos; definição das palavras-chave; período de tempo das publicações; critério de aceite das referências e fator de impacto; leitura dos títulos e *abstracts* para refinar um número mínimo de referências; análise em profundidade; e, por último, fichamento e redação (COLLINS; FAUSER, 2005; FISCH; BLOCK, 2018; MENDES DA SILVA, 2019).

O critério estabelecido para seleção das bases de dados foi a relação com a área de administração e que abordasse o tema inovação. As bases de dados identificadas sob esse critério foram: Elsevier (*Science Direct*), Emerald (*Insight*), IEEE, ProQuest (*Applied Social Sciences*), Scopus, *Web of Science*, *Spell*, além de buscas complementares de varredura em plataformas como o Google Acadêmico e o *Researchgate*.

Em seguida, foram definidas as palavras-chave para orientar a busca de referências que abordassem o tema pesquisado e o marco temporal, visando delimitar e recuperar artigos dos últimos cinco anos (2014 a 2019). Foram adotados os seguintes termos como palavras-chave de busca: “*Innovation Capability*”, “*Innovate and Capability*” e “*Innovate and Factors Model*”, assim como, utilizou-se a nomenclatura traduzida para a língua portuguesa como “Capacidade de Inovar” e “Capacidade de Inovação” (SMITH *et al.*, 2008; BLOCK; FISCH; PRAAG, 2017; AGUINIS; RAMANI; ALABDULJADER, 2018).

Definiu-se como critério de aceite das referências, os artigos de quaisquer nacionalidade e setores relacionados com barreiras, facilitadores e/ou características de “organizações inovadoras” com, pelo menos, dois fatores determinantes e que refletissem a capacidade de

inovação. Definiu-se como critério de exclusão, as referências que não tinham como objeto de análise a organização, passando-se a leitura dos títulos para identificação dos termos “*Innovation Capability*” e “*Innovation*” and “*Capability*”. Posteriormente, foi realizada a leitura para identificar a relação com os critérios estabelecidos (SMITH *et al.*, 2008; FISCH; BLOCK, 2018).

Os artigos que não se inseriram nesses critérios adotados foram excluídos, assim como as referências duplicadas e as que não abordavam aspectos relacionados às estratégias e às práticas de gestão no âmbito das organizações. Como resultados foram identificados 195 artigos, devidamente organizados em pastas no *Mendeley*, por tipos de fatores analisados e revisados nessa pesquisa (COLLINS; FAUSER, 2005; YUAN; HUNT, 2009; AGUINIS; RAMANI; ALABDULJADER, 2018).

As leituras dos resumos refinaram as referências para selecionar os artigos de revisão da literatura e os teórico-empíricos. Isso resultou no refinamento de 98 referências, em consonância com alguns dos fatores que refletem o desempenho em inovação. Na sequência foi realizada a leitura em profundidade de oito referências que apresentaram mais de dois constructos para medir a capacidade de inovação nas organizações (SMITH *et al.*, 2008; FISCH; BLOCK, 2018; MENDES DA SILVA, 2019).

2.2.2.1 Estado da arte sobre capacidade de inovação

Por meio da leitura dos títulos, resumos e confirmação de alguns dados em parte do corpo textual dos artigos recuperados, foi possível identificar as principais referências dos últimos cinco anos da produção científica, relacionadas à capacidade de inovação nas organizações (SMITH *et al.*, 2008; MENDES DA SILVA, 2019). Os resultados foram tabulados em categorias, de forma a refletir o estado da arte sobre esse tema, conforme elencadas a seguir: segmento da economia; modelo de gestão; área de gestão na organização; abordagem e estratégia metodológica; instrumento de coleta e procedimento de análise; abordagem teórica e finalidade de estudo.

As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam informações relacionadas ao perfil e às características organizacionais pesquisadas.

Tabela 1 – Classificação por segmento da economia

Setor da economia	Referências	Percentual
Primário (agronegócio)	3	3,1%
Secundário (indústrias em geral)	32	32,6%
Terciário (serviços)	20	20,4%
Serviços de Saúde	5	5,1%
Não informado	38	38,8%
Total	98	100%

Fonte: Dados da revisão da literatura (2020).

O setor secundário e o setor terciário, respectivamente, destacam-se por apresentarem as maiores frequências dessas categorias (Tabela 1), apesar da falta de indicação ou, qualquer outra informação que possa sugerir o setor econômico das organizações pesquisadas apresentar a frequência mais elevada (38,8%). Nessa análise, evidenciam-se os setores primário e de serviços de saúde como os que apresentam as menores frequências sobre a capacidade de inovação, apesar dos avanços científicos, tecnológicos e inovações envolvendo a produção agrícola e a atenção a saúde com novos medicamentos, tratamentos e equipamentos.

O modelo de gestão das organizações foi classificado por características públicas, privadas, mistas, terceiro setor e outras dispostas na Tabela 2.

Tabela 2 – Número e % da classificação por modelo de gestão estudado

Modelo de gestão	Referências	Percentual
Privado	75	76,5%
Público (APD)	3	3,1%
Misto (PPP e outros)	1	1%
Outros (Terceiro setor e Organizações Sociais)	0	0%
Não se aplica (revisão da literatura e outros).	19	19,4%
Total	98	100%

Fonte: Dados da revisão da literatura (2020).

Os dados apresentados na Tabela 2 evidenciam que o modelo de gestão privada concentra 76,5% das pesquisas para gerar conhecimento sobre capacidade de inovação. Por sua vez, observa-se menor ênfase e atenção dadas aos modelos APD do setor público, PPP do tipo misto (público e privado) e outros como terceiro setor e Organizações Sociais (finalidade social e sem fins lucrativos). Isso revela uma lacuna teórica a ser preenchida com pesquisas e indica que esta temática apresenta objetos empíricos a serem explorados para ampliar as possibilidades de avanços teóricos nesse campo de conhecimento.

Ao analisar as áreas de gestão pesquisadas nas organizações, observam-se maiores distribuições das frequências nas áreas relacionadas às tecnologias e inovação (Tabela 3).

Tabela 3 – Classificação das áreas de gestão das referências pesquisadas e frequências

Área de Gestão	Referência	Percentual
Gestão estratégica	3	3%
Gestão financeira	3	3%
Gestão logística	2	2%
Gestão de <i>marketing</i>	6	6%
Gestão organizacional	1	1%
Gestão de pessoas	9	9%
Gestão da tecnologia	16	16%
Práticas de gestão para inovação	58	55%
Total	98	100%

Fonte: Dados da revisão da literatura (2020).

As práticas de gestão para inovação e gestão da tecnologia concentram parte considerável das pesquisas sobre a capacidade de inovação, obtendo-se o somatório de 71%, enquanto que as demais áreas apresentam menor frequência (Tabela 3). O foco nas práticas de gestão para inovação e tecnologias sugere possíveis relações entre essas características organizacionais e a capacidade de inovação.

As Tabelas 4 e 5 apresentam informações sobre os aspectos metodológicos adotados nos artigos recuperados na revisão da literatura.

Tabela 4 – Classificação por estratégia e abordagem metodológica

Estratégia	Abordagem Metodológica		
	Quantitativa	Qualitativa	Mista (Quanti-Quali)
Levantamento (<i>Survey</i>)	65	-	-
Estudo de caso	-	13	-
Revisão da literatura	-	15	-
Revisão crítica	-	1	-
Estudo longitudinal	-	1	-
Sem indicação específica	-	13	-
Total	65	33	0

Fonte: Dados da revisão da literatura (2020).

Os aspectos metodológicos dos artigos recuperados na revisão enfatizaram a abordagem quantitativa, destacando-se com maior frequência a estratégia de levantamento (*Survey*), conforme dispõe a Tabela 4. Por sua vez, a abordagem qualitativa possuía menor frequência na amostra e apresentou estratégia diversificada, enquanto a abordagem mista não foi identificada na análise das referências recuperadas, apesar dos elementos conceituais da capacidade de inovação sugerirem uma abordagem mista do tipo quantitativa e qualitativa.

A Tabela 5 detalha as informações para identificar as estratégias quanto aos instrumentos de coleta e aos procedimentos de análise.

Tabela 5 – Classificação por instrumentos de coleta e procedimento de análise.

Instrumento de coleta	Abordagem Metodológica			
	Quantitativa		Qualitativa	
	Referências	Percentual	Referências	Percentual
Documentos	-	-	14	14,3%
Entrevistas	-	-	10	10,2%
Escala/Questionário	63	64,3%	-	-
Sem indicação	2	2%	9	9,2%
Total	65	66,3%	33	33,7%
Procedimento de análise	Referências	Percentual	Referências	Percentual
Análise de conteúdo	-	-	13	13,3%
Descritivo	1	1%	-	-
Análise fatorial	8	8,2%	-	-
exploratória/confirmatória				
Modelagem de Equações Estruturais (SEM)	34	34,7%	-	-
Modelagem de equações estruturais com mínimos quadrados parciais (SmartPSL-SEM).	9	9,2%	-	-
Regressão	7	7,1%	-	-
<i>Fuzzy logic</i>	4	4,1%	-	-
Outros (Sem indicação)	2	2%	20	20,4%
Total	65	66,3%	33	33,7%

Fonte: Dados da revisão da literatura (2020).

As referências tabuladas nessas categorias evidenciam maior frequência na abordagem quantitativa, com ênfase no método de pesquisa da *Structural Equation Modeling* (SEM) ou Modelagem de Equações Estruturais nos procedimentos de análise. Essas referências sugerem modelos que buscam compreender os múltiplos relacionamentos entre as variáveis, em detrimento de estudos qualitativos que, por sua vez, sugerem lacuna metodológica e oportunidades de pesquisas de maior profundidade sobre as características intrínsecas das organizações, possibilitando assim, compreender como as ações e os sistemas são envolvidos em um processo organizacional capaz de potencializar os fatores que predispõem as organizações a inovarem.

As Tabelas 6 e 7 apresentam, respectivamente, as informações sobre as principais abordagens teóricas identificadas nas referências e as finalidades desses estudos para o avanço do conhecimento sobre a capacidade de inovação nas organizações.

Tabela 6 – Número e percentual de classificação por referência teórica utilizada

Teoria	Referências	Percentual
Teoria comportamental	1	1,1%
Teoria Institucional	0	0%
<i>Theory resource-based view</i> (RBV)	17	17,3%
Sem indicação	80	81,6%
Total	98	100%

Fonte: Dados da revisão da literatura (2020).

Os estudos sobre capacidade de inovação reforçam uma tendência nesse campo, relacionada com a falta de fundamento teórico nas pesquisas sobre inovação. Os artigos analisados sem indicação teórica apresentam maior frequência e superam pouco mais de 80%. Dentre os que apresentam indicação, a RBV desponta como a teoria mais utilizada na fundamentação e no desenvolvimento das pesquisas sobre esse tema, presente entre pouco menos de 20% dos artigos analisados (Tabela 6).

As principais contribuições desses estudos para a capacidade de inovação foram analisadas nessa revisão e classificadas por finalidade de estudo (Tabela 7).

Tabela 7 – Número e percentual de classificação dos artigos por finalidade de estudo

Finalidade de estudo	Referências	Percentual
Gerar conhecimento	80	81,6%
Gerar instrumento	17	17,3%
Análise crítica	1	55%
Total	98	100%

Fonte: Dados da revisão da literatura (2020).

O destaque dessa categoria foi a maior frequência desse estudo para a geração de conhecimento, em detrimento da geração de instrumento e análise crítica com menor frequência. Ao analisar essa categoria, em conjunto com as abordagens e estratégias metodológicas, percebe-se que tais instrumentos predominam como suporte teórico e metodológico para a geração de conhecimento, pois subsidiam parte considerável das pesquisas, sobre a relação entre fatores, desempenho e capacidade de inovação nas organizações.

Os artigos recuperados nessa revisão possibilitaram categorizar as principais informações capazes de refletir o estado da arte sobre o tema capacidade de inovação nas organizações. Com isso, foi possível identificar o perfil e as características das organizações pesquisadas, a estratégia metodológica mais frequente nas investigações e as abordagens teóricas que fundamentaram os estudos sobre esse tema.

As categorias relacionadas ao segmento da economia, modelo de gestão e área gerencial caracterizam o perfil das organizações nessa revisão da literatura. As referências recuperadas apresentam maiores frequências nos modelos de gestão organizacional característico do setor privado, com ênfase na organização industrial, e concentram parte considerável das pesquisas sobre as práticas de gestão para inovação e de gestão tecnológica no âmbito organizacional.

Os instrumentos metodológicos indicados nas referências analisadas demonstram ênfase no uso de escalas para medir a relação entre fatores que predisõem a organização a inovar e, por conseguinte, possibilitar a obtenção de desempenho superior. A estratégia metodológica de maior frequência nas pesquisas é a abordagem quantitativa, com ênfase em instrumentos de coleta de dados por meio de levantamento (questionários) e procedimentos de análise multivariada da Modelagem de Equações Estruturais para medir as interrelações entre variáveis e impacto relativo, nas medidas de desempenho adotados pelos modelos teóricos.

A análise dos principais embasamentos teóricos denota pesquisas com vieses mais empíricos, em detrimento das teóricas ou teórico-empíricas. Pode-se evidenciar que parte considerável dos artigos analisados segue a tendência do campo da pesquisa sobre inovação e não indicam ou não possuem qualquer suporte teórico ao conceito de capacidade de inovação nas organizações, apesar da RBV apresentar maior frequência relativa entre as referências com indicação de suporte teórico.

As menores frequências identificadas nas categorias analisadas sugerem possíveis lacunas empíricas, teóricas e metodológicas, as quais reforçam e justificam essa investigação. As organizações gerenciadas pelos modelos de gestão dos tipos APD, PPP e OSS, com atuação no setor de saúde, receberam pouca ou quase nenhuma atenção das pesquisas sobre a capacidade de inovação; já a abordagem teórica que fundamenta minimamente o conceito de capacidade de inovação é a RBV. Quanto à estratégia metodológica, percebe-se maior atenção aos estudos quantitativos, menor nos estudos qualitativos e nenhuma atenção aos estudos multimétodos ou métodos mistos (quantitativo e qualitativo).

Nesse sentido, tais evidências sugerem a existência de lacunas que possibilitam realizar novas pesquisas para geração do conhecimento. Nesse sentido, essas lacunas são contempladas nessa tese e reforçam a justificativa do objeto empírico desse estudo, que visa investigar as organizações prestadoras de serviços de saúde gerenciadas pelas APD, OSS e PPP, como também, a RBV fundamenta teoricamente a questão de pesquisa, pressuposto e hipóteses. Por fim, adota-se nesta tese a abordagem metodológica do tipo mista (quantitativa e qualitativa) para contemplar os elementos conceituais da capacidade de inovação na pesquisa.

2.2.2.2 Análise qualitativa dos constructos latentes

A partir da análise qualitativa-descritiva das principais referências recuperadas sobre a capacidade de inovação nas organizações, foi possível refiná-las para oito artigos que

apresentaram modelos teóricos com mais de dois fatores que predisõem a organização a inovar. A análise em profundidade permitiu compreender a funcionalidade dos constructos de forma comparativa, conforme figuras do ANEXO A.

O modelo teórico dessa revisão agregou e integrou oitos fatores determinantes e um fator resultante, que se desdobra em inovação de produto e processo. Na recuperação dos artigos, identificou-se a publicação da revisão sistemática da literatura (VALLADARES; VASCONCELLOS; SERIO, 2014), que balizou o modelo teórico e a escala de mensuração validados e testados por Valladares (2012), o qual destaca uma lista de práticas de gestão consubstanciada em 65 variáveis que sustentam oito fatores – sete fatores determinantes e um fator resultante em desempenho em inovação que, por sua vez, subdivide-se nos resultados inovação em produto e processo.

Na recuperação dessas referências, identificaram-se dois artigos – Saunila (2014), Saunila e Ukko (2014) – que subsidiam suas pesquisas no mesmo modelo teórico, o qual aborda um conjunto de fatores determinantes que consubstancia o desempenho organizacional como fatores resultantes. Esse modelo teórico busca medir o impacto dos fatores determinantes no desempenho da organização, em termos financeiros e operacionais, como fatores resultantes esperados.

O modelo teórico analisado no artigo de Kearney, Harrington e Kelliher (2014) objetiva compreender a relação entre a natureza das capacidades gerenciais (fatores determinantes) e a natureza do *pool* de recursos inerentes às micro e pequenas organizações empreendedoras, os quais estruturam a gestão das capacidades para inovar como fator resultante. A natureza de tais recursos envolve os laços entre *stakeholders*, comunidade local, familiares e proximidade desses tipos de organizações com o mercado.

A proposta de modelo teórico de Samson e Gloet (2014) relaciona o que denomina de atributos de inovação numa abordagem holística e integrada, resultando na capacidade contínua de inovar. O atributo estratégico da inovação funciona como um dispositivo que desencadeia um processo de inovação, que integra os atributos de medição de atividades de inovação; mecanismos de reconhecimento e recompensa à inovação; comportamento e cultura para inovação.

Outro modelo teórico proposto é o de Slater, Mohr e Sengupta (2014), o qual foi desenvolvido, a partir de um conjunto de componentes organizacionais interrelacionados, favorecendo a capacidade de inovação radical de produtos. Nessa proposta de modelo o

componente da liderança sênior desencadeia o processo de inovação radical de produtos, o qual impulsiona diretamente na estratégia de lançamento de produtos como fator resultante para alcançar melhor performance, como também, indiretamente por meio do componente das características e da cultura organizacional.

A proposta de modelo teórico de Tang, Wang e Tang (2015) aborda as organizações de serviços no setor hoteleiro e apresenta um modelo que permite investigar a relação do capital social, como fator determinante, com compartilhamento de conhecimento, como fator resultante e, com isso, impactando positivamente na capacidade de inovação. As características desse capital social envolvem as seguintes dimensões: vínculos de rede, cultura da confiança e visão compartilhada.

O modelo teórico de Iddris (2016) é desenvolvido por meio de uma revisão da literatura e extração de dimensões mediante análise fatorial exploratória no contexto da cadeia de suprimentos. Este modelo apresenta quatro dimensões consideradas importantes para a capacidade de inovação e são fatores que estão relacionados positivamente com a agilidade na cadeia de suprimentos – sistema envolvendo organização produtora, fornecedor e cliente.

A partir da análise em profundidade dessas oito referências foi possível organizar os fatores determinantes e resultantes da capacidade de inovação em uma análise consubstanciada dos constructos (APÊNDICE A). Assim, foi possível analisar a viabilidade de aplicação desses modelos às organizações que atuam no setor de serviços de saúde e gerenciadas pelos modelos dos tipos APD, OSS e PPP, identificadas nessa revisão como lacunas a serem exploradas, oportunizando, deste modo, possíveis avanços teóricos para a capacidade de inovação.

Os fatores resultantes, características e contextos organizacionais apresentaram maior dispersão e inadequação aos objetos empíricos propostos nessa tese. Os modelos propostos por Kearney, Harrington e Kelliher (2014); Samson e Gloet (2014); Saunila (2014); Saunila e Ukko (2014) e Slater, Mohr e Sengupta (2014) buscam medir os desempenhos operacional e financeiro; interação com *pool* de recursos para estruturar a gestão das capacidades para inovar; a estrutura do modelo não permite um fator específico como resultante e foco no desempenho em inovações radicais de produtos; além disso, as características e contextos organizacionais do modelo proposto por Iddris (2016) abrange todo um conjunto de atos envolvidos numa cadeia logística que extrapola o ambiente da unidade organizacional. Apesar da proposição teórica de Tang, Wang e Tang (2015) ser aplicável às organizações do setor de serviços, contudo, o modelo está restrito ao capital social e não abrange outros fatores importantes para organizações com foco nos serviços de saúde, como a gestão de tecnologias.

Analisaram-se as dimensões que influenciam a capacidade de inovação para identificar compatibilidades entre os modelos. A partir dessa análise qualitativa foi possível identificar similaridades em parte considerável dos fatores determinantes, capacidades, atributos e componentes gerenciais, o que reforça adotar os constructos do modelo de Valladares (2012) como mais abrangente e representativo entre os demais modelos (APÊNDICE A).

Na revisão da literatura foi possível identificar constructos capazes de mensurar o desempenho em inovação nas organizações consideradas de desempenho superior sustentado. Embasado no modelo teórico proposto e testado por Valladares (2012), o autor desta tese adaptou a escala de medição desenvolvida, pois se apoia em uma lista de práticas de gestão relacionadas às hipóteses relacionais entre os fatores determinantes e resultantes.

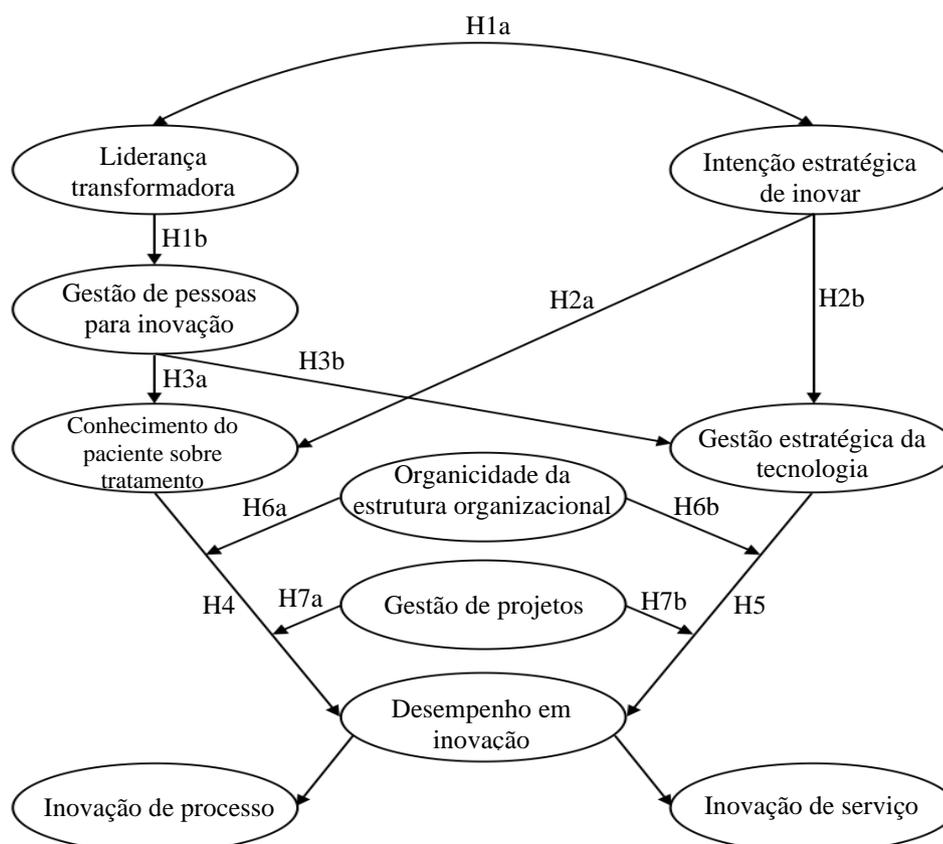
O modelo teórico de mensuração e as relações hipotéticas entre fatores determinantes, resultantes e de desempenho em inovação, proposto nessa tese, apresenta-se como aderente e consistente para abranger estudos sobre capacidade de inovação no setor de saúde. Ressaltam-se que os constructos e hipóteses passaram por adaptações e validações à realidade dos setores de prestação de serviços de saúde, sendo validado por um júri composto por quatro gestores(as) de unidades de saúde na rede SESAB e três pesquisadores(as) da área de saúde e da pesquisadora-orientadora dessa tese.

2.2.3 Proposta de medição dos fatores determinantes no desempenho em inovação

A proposta abrangeu o delineamento dos constructos latentes e as hipóteses relacionais no contexto do setor de saúde para medir os fatores determinantes de maior impacto no desempenho em inovação em hospitais, a partir da revisão da literatura da capacidade de inovação. Para isso, realizaram-se adaptações nos constructos com as hipóteses relacionadas, tendo como referência o modelo teórico de Valladares (2012).

Na configuração dos constructos, considerou-se que o desempenho em inovação é em função de um conjunto de fatores determinantes atuando com efeitos direto, indireto e moderador (constructos latentes). Assim, adaptado a essa pesquisa, o desempenho em inovação abrange os constructos dos fatores resultantes da inovação de produto/serviços e de processo, enquanto os fatores determinantes de efeitos indiretos incluem os constructos da Liderança transformadora, Gestão de pessoas para inovação e Intenção estratégica de inovar; de efeito direto a Gestão estratégica da tecnologia e Conhecimento do paciente e familiares; e moderador a Organicidade da estrutura organizacional e Gestão de projetos, conforme Figura 1.

Figura 1 – Hipóteses da estrutura do modelo teórico de mensuração



Fonte: Propostas de constructos e relacionamentos inspirados no modelo de Valladares (2012).

As hipóteses relacionais dos constructos foram delineadas com adaptações para se adequarem à realidade do setor de prestação de serviços hospitalares. Essas hipóteses testam as relações dos fatores determinantes que são suportadas na amostra para medir o desempenho, refletindo o nível da capacidade de inovação. Deste modo, foram adaptadas as nomenclaturas e as hipóteses para a realidade da amostra sob estudo conforme os desdobramentos seguintes.

2.2.3.1 Hipóteses do efeito do constructo liderança transformadora

A liderança é uma prática de gestão necessária na orientação estratégica e de estímulo a criação de ambiente favorável às mudanças. O estilo de liderança direcionado à mudança é capaz de impactar nas estratégias organizacionais e na gestão de pessoas, de forma a desencadear ações inovadoras no enfrentamento dos desafios no contexto do setor saúde (VALLADARES, 2012; RATHINAM, 2017; SAUNILA, 2017; KIM; PARK; PAIK, 2018).

O papel desempenhado pela liderança nas organizações, associada com a intenção estratégica, impactam positivamente no desempenho em inovação. A liderança relacionada com

o estilo transformador nas organizações orienta as decisões estratégicas que visam transformar ameaças desafiadoras do setor saúde em oportunidades por meio da inovação (VALLADARES, 2012; KEARNEY; HARRINGTON; KELLIHER, 2014; SLATER; MOHR; SENGUPTA, 2014; KIM; PARK; PAIK, 2018). Assim, configura-se uma relação associativa entre a liderança transformadora e a intenção estratégica de inovar na seguinte hipótese:

Hipótese 1a – A liderança transformadora e a intenção estratégica estão relacionadas positivamente uma com a outra.

O estilo de liderança transformadora estimula a criação de um ambiente favorável às mudanças inovadoras. A gestão de pessoas estimula a liberdade de criação, tomada de decisões, mudanças e reconhecimento, as quais são características do estilo de liderança que favorecem a motivação no ambiente organizacional e estimulam as pessoas a superararem desafios com melhor desempenho por meio da inovação (VALLADARES, 2012; SAUNILA, 2017; LÓPEZ; VILLEGAS; CATICA, 2018). Nesse sentido, estabelecem-se como hipóteses:

Hipótese 1b – A liderança transformadora exerce um efeito positivo significativo sobre a gestão de pessoas para inovação.

2.2.3.2 Hipóteses do efeito do constructo intenção estratégica de inovar

A definição da visão, missão, valores e objetivos organizacionais amplamente divulgados orientam as ações e as decisões estratégicas na organização. Essas orientações centradas em mudanças e em soluções inovadoras estimulam o desenvolvimento de um ambiente organizacional favorável à criação de novas ideias para enfrentar os desafios e alcançar melhores níveis de desempenho (VALLADARES, 2012; HARYANI; GUPTA, 2017; LE; LEI, 2019).

O ambiente organizacional inovativo desencadeia um processo evolutivo de adaptação contínua frente às alterações constantes das condições ambientais. Esse ambiente dinâmico estimula os colaboradores a desenvolverem alternativas para superar os problemas com soluções inovadoras que, por sua vez, fluem facilmente pelo sistema de comunicação e são reunidas para subsidiar as principais decisões estratégicas (HARYANI; GUPTA, 2017; PRANGE; PINHO, 2017; LE; LEI, 2019).

Esforços estratégicos direcionados à inovação conduzem a organização a conhecer melhor as necessidades dos usuários, recepcionar suas contribuições e adotar tecnologias para

aperfeiçoar o atendimento de forma a explorar e aproveitar as potencialidades das novidades nos processos e serviços (KHAN; NAEEM, 2018, GADELHA; TEMPORÃO, 2018). Segundo Valladares (2012) a intenção estratégica de inovar pode influenciar, tanto sobre o conhecimento do paciente, quanto sobre a gestão estratégica da tecnologia.

O conhecimento do paciente na rede de serviços de saúde busca focar nas principais necessidades e peculiaridades para obter o melhor aproveitamento do potencial produtivo da prestação desses serviços. O conhecimento do paciente sobre o tratamento envolve as suas contribuições na busca de novos artefatos, técnicas, medicamentos e tratamentos, aliadas com o acesso facilitado aos serviços de diagnóstico e tratamento com rapidez e qualidade; as peculiaridades dizem respeito ao perfil sociodemográfico do paciente na rede de serviços de saúde, como renda, nível educacional, território e estrutura familiar (GADELHA; TEMPORÃO, 2018; FERREIRA; COELHO; WEERSMA, 2019). Isto posto, concebe-se a seguinte hipótese:

Hipótese 2a – a intenção estratégica de inovar exerce um efeito positivo significativo do conhecimento do paciente sobre o tratamento.

Identificar as tecnologias visa reunir as diversas fontes e possibilidades de soluções tecnológicas aplicáveis às organizações prestadoras de serviços de saúde. No setor de prestação de serviços de saúde, as tecnologias são aplicadas nos Sistemas de Informações como prontuário eletrônico para reunião de dados e compartilhamento de informações de saúde dos pacientes, assim como para otimizar os processos assistenciais, auxiliar no menor tempo de tratamento e optar por tecnologias de diagnósticos mais precisos (BARBOSA; GADELHA, 2012; VALLADARES, 2012; MACHADO; TELLO-GAMARRA, 2017; SAUNILA, 2017). Com isso, a hipótese pode ser assim delineada:

Hipótese 2b – a intenção estratégica de inovar não exerce um efeito positivo significativo sobre a gestão estratégica da tecnologia.

2.3.3.3 Hipóteses do efeito do constructo gestão de pessoas para inovação

A gestão de pessoas contribui para o desenvolvimento de um ambiente organizacional que estimula os colaboradores a inovarem. Os colaboradores estimulados por esse ambiente buscam conhecer as necessidades dos pacientes e da rede de serviços, cuja informação identifica as tecnologias disponíveis para atendê-los de forma a facilitar o fluxo de inovações nos processos e serviços de saúde, alinhados aos objetivos estratégicos organizacionais

(VALLADARES, 2012; AKINWALE; AKINBAMI; AKARAKIRI, 2018; KHAN; NAEEM, 2018).

O desenvolvimento do ambiente organizacional pelas práticas de gestão de pessoas cria condições favoráveis ao maior engajamento dos colaboradores. Em um ambiente de maior autonomia para propor soluções e novidades, acesso livre e comunicação facilitada com os diversos setores e níveis organizacionais criam condições favoráveis à motivação, reconhecimento, participação, comprometimento e criatividade (VALLADARES, 2012; SAMSON; GLOET, 2014; AKINWALE; AKINBAMI; AKARAKIRI, 2018).

As condições favoráveis estimulam nos colaboradores o conhecimento dos pacientes/usuários para melhor propor soluções inovadoras. Os colaboradores engajados reúnem e compartilham informações sobre essas necessidades, de forma a propor soluções criativas para a resolução de problemas, melhorias e desenvolvimento de novos processos e serviços (VALLADARES, 2012; SAUNILA; MÄKIMATTILA; SALMINEN, 2014; LIAO *et al.*, 2017). Assim, delinea-se a seguinte hipótese:

Hipótese 3a – a gestão de pessoas para inovação exerce efeito positivo significativo sobre o conhecimento do paciente/usuário sobre o tratamento.

O estímulo dos colaboradores, também, abrange a identificação de tecnologias disponíveis para atender essas necessidades (SAUNILA; MÄKIMATTILA; SALMINEN, 2014; KIM; PARK; PAIK, 2018). De acordo com Valladares (2012) as condições ambientais criadas na organização estimulam aos colaboradores a apresentarem soluções inovadoras, a partir de novas tecnologias abrangendo, tanto o processo de produção, quanto os serviços de saúde. Nesse sentido, tem-se como hipótese:

Hipótese 3b – a gestão de pessoas para inovação exerce efeito positivo significativo sobre a gestão estratégica da tecnologia.

2.2.3.4 Hipótese do efeito do constructo conhecimento das necessidades do paciente/usuário

Os esforços para alcançar melhor performance passa pelo conhecimento das necessidades dos pacientes/usuários. Conhecer-las contribui para o processo terapêutico e para focar em novidades que maximizem benefícios para melhor atendê-los, potencializando assim o desempenho da organização para inovar nos processos e nos serviços de saúde (MIGDADI *et al.*, 2017; NURUZZAMAN; SINGH, 2018; SANJEEWANI, 2019).

As organizações de saúde com melhor desempenho para inovar apresentam maior capacidade de desenvolver inovações que impactem positivamente no desempenho dos processos e serviços, beneficiando pacientes/usuários, rede de serviços de saúde e seus prestadores. Nesse sentido, pode-se evidenciar que o fator conhecimento dos pacientes/usuários sobre o tratamento e da rede de serviços de saúde tem efeito positivo no desempenho em inovação de processos e de serviços (VALLADARES, 2012; TAGHIZADEH; RAHMAN; HOSSAIN, 2018; ZHANG; ZHU, 2018), o que permite delinear a seguinte hipótese:

Hipótese 4 – o conhecimento do paciente/usuário sobre o tratameto exerce efeito positivo significativo sobre o desempenho em inovação de processos e de serviços nas organizações hospitalares.

2.2.3.5 Hipótese do efeito do constructo gestão estratégica da tecnologia

A gestão estratégica orienta as decisões para implantação de tecnologias com maior capacidade de impulsionar o desempenho organizacional. Essas tecnologias potencializam a criação de soluções inovadoras nos processos de produção e na de entrega dos serviços hospitalares, alinhados com a visão de futuro, missão, valores e objetivos organizacionais para alcançar melhores níveis de desempenho (SU *et al.*, 2018; WANG; ZHANG, 2018; CHEN; WANG; HUANG, 2019).

Os recursos tecnológicos podem impactar nas organizações hospitalares aumentando a produtividade nos processos de serviços e na qualidade do cuidado. Nesse sentido, a gestão estratégica da tecnologia possui efeito positivo no potencial para inovar das organizações e, por sua vez, reflete no desempenho dos hospitais (BARBOSA; GADELHA, 2012; VALLADARES, 2012; HARYANI; GUPTA, 2017; GUIMARÃES *et al.* 2019). Assim, pode-se delinear a seguinte hipótese:

Hipótese 5 – o fator gestão estratégica da tecnologia exerce um efeito positivo significativo sobre o desempenho em inovação de processo e de serviço nas organizações hospitalares.

2.2.3.6 Hipótese do efeito moderador constructo da organicidade da estrutura organizacional

O fator organicidade da estrutura organizacional se destaca por ser um fator de influência na relação entre conhecimento do paciente/usuário sobre o tratamento, a rede de serviços de

saúde e a gestão estratégica da tecnologia com o desempenho em inovação. Esse fator potencializa tais relações por meio da flexibilização da estrutura organizacional para se adaptar às necessidades de mudanças e à criação de soluções inovadoras (VALLADARES, 2012; SAUNILA; MÄKIMATTILA; SALMINEN, 2014; LIU *et al.*, 2018; PAUGET; WALD, 2018).

A flexibilização da estrutura organizacional favorece a recepção de demandas dos pacientes/usuários e da rede de serviços de saúde e a comunicação interna, os quais subsidiam a criação de soluções inovadoras para atendê-las com foco no melhor desempenho. Assim, o maior grau de organicidade da estrutura organizacional exerce influência proporcional na relação entre o conhecimento paciente sobre o tratamento e o desempenho em inovação (VALLADARES, 2012; SAUNILA; MÄKIMATTILA; SALMINEN, 2014; LIU *et al.*, 2018), conforme hipótese a seguir:

Hipótese 6a – a organicidade da estrutura organizacional modera o relacionamento entre o conhecimento do paciente sobre o tratamento e o desempenho em inovação. A estrutura organizacional flexível contribui para melhor adaptação e mudanças para receber as tecnologias necessárias na implementação de soluções inovadoras. Logo, tal fator favorece a adoção de tecnologias que potencializam o desempenho para inovar nas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; VALLADARES, 2012; SAUNILA; MÄKIMATTILA; SALMINEN, 2014; PAUGET; WALD, 2018), delineando-se a seguinte hipótese:

Hipótese 6b – a organicidade da estrutura organizacional modera o relacionamento entre a gestão estratégica da tecnologia com o desempenho em inovação.

2.2.3.7 *Hipótese do efeito moderador do constructo gestão de projetos*

O fator gestão de projetos, também, exerce efeito moderador na relação entre o conhecimento das necessidades do paciente/usuário, da rede de saúde e a gestão estratégica da tecnologia com o desempenho em inovação. A sistematização da comunicação, ideias, processos e a mobilização de recursos e especialistas com foco em resultados são características da gestão de projetos tornando eficiente a assimilação das informações dos pacientes na rede de serviços de saúde e na aplicação das tecnologias nas organizações (VALLADARES, 2012; KEARNEY; HARRINGTON; KELLIHER, 2014; IDDRIS, 2016; SANJEEWANI, 2019).

A organização que desenvolve práticas de gestão de projetos contribui para processar as informações de demandas e de possíveis soluções inovadoras para os pacientes e rede de

serviços de saúde. Desta forma, a gestão de projetos exerce influência positiva na relação entre o conhecimento do paciente sobre seu tratamento e da rede de saúde com o desempenho em inovação (VALLADARES, 2012; BERMEJO *et al.*, 2016; URUEÑA; HIDALGO; ARENAS, 2016; SANJEEWANI, 2019), conforme hipótese delineada a seguir:

Hipótese 7a – a gestão de projetos modera o relacionamento entre o conhecimento do paciente sobre o tratamento e da rede de saúde com o desempenho em inovação.

O conjunto de práticas de gestão de projetos sistematiza as adaptações e mudanças necessárias para a recepção de tecnologias para implementação de soluções inovadoras. Nesse sentido, o dinamismo e a eficiência da gestão de projetos influencia positivamente na relação entre o conhecimento e a rede de serviços de saúde com o desempenho em inovação (VALLADARES, 2012; SAMSON *et al.*, 2017; SALUNKE; WEERAWARDENA; MCCOLL-KENNEDY, 2019), delineado na seguinte hipótese:

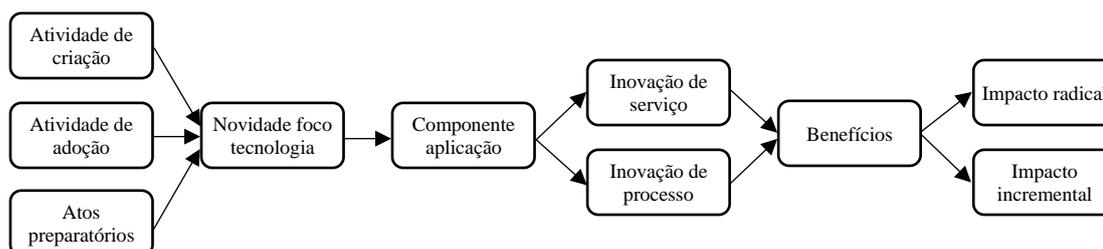
Hipótese 7b – a gestão de projetos modera o relacionamento entre a gestão estratégica da tecnologia com o desempenho em inovação.

A partir do modelo teórico e das hipóteses delineadas, os efeitos aqui demonstrados podem ser do tipo direto, indireto e moderador. Os fatores liderança transformadora, intenção estratégica de inovar e gestão de pessoas para inovação exercem efeito indireto no desempenho em inovação, enquanto os fatores organicidade da estrutura organizacional e gestão de projetos exercendo moderação, na relação de efeito direto do conhecimento do paciente e gestão estratégica da tecnologia com o desempenho em inovação de processo e de serviço.

2.3 DINÂMICA DE INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Justifica-se o desenvolvimento dessa seção, teoricamente, pela necessidade de compreender a dinâmica de inovação em serviços de saúde e contrastá-la com as categorias evidenciadas na fase da pesquisa qualitativa, a partir da revisão da literatura especializada, com foco no ambiente organizacional dos principais prestadores de serviços de saúde. Através de um diagrama (Figura 2), com fluxo da dinâmica de inovação, apresentam-se caminhos indicativos, a partir de um marco teórico, que podem convergir com os aspectos da literatura especializada na construção do conhecimento nacional sobre a inovação nas OPSS, principalmente, quanto aos prestadores de serviços hospitalares, pelo volume, complexidade e por serem a parte mais visível para os pacientes/usuários nesse setor.

Figura 2 – Dinâmica de inovação em serviços de saúde



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

A base analítica para compreender como se manifesta a inovação nas OPSS foi fundamentada à luz das principais literaturas internacionais e nacionais mais referenciadas e aceitas pela comunidade científica sobre o tema. Nesse sentido, destaca-se a literatura mais aceita que aborda o conceito e tipos de inovação, enfatizando as referências no âmbito internacional (WEST, 1990; SCHUMPETER, 1997; OSLO, 2004; OMACHONU; EINSRUICH, 2010; THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012), assim como o papel dos hospitais e a compreensão do complexo econômico-industrial da saúde na dinâmica da inovação na prestação desses serviços, com foco no âmbito nacional (GADELHA, 2003; BARBOSA; GADELHA, 2012; GADELHA; COSTA; MALDONADO, 2012).

A seleção dessas referências seguiu o critério de maior representatividade na literatura internacional e nacional em termos de fundamentação teórica aceita e de maior impacto no número de citações nos estudos sobre inovação em serviços de saúde (*Google scholar, Science direct e Scopus*). A partir da leitura, em profundidade, desses estudos foi possível ampliar a análise de referências que melhor demonstraram e reforçaram a aplicação dos fundamentos e avanços teóricos relacionados aos conceitos e tipos de inovação, assim como destacar o papel dos hospitais no complexo econômico-industrial da saúde nessa dinâmica na prestação de serviços hospitalares, consubstanciados nas seções seguintes.

2.3.1 Definindo inovação em Serviços de Saúde

Os elementos definidores da inovação são abordados à luz das referências internacionais, os quais estruturam a base teórica e analítica da dinâmica de inovação em serviços de saúde. A definição da inovação aplicável aos serviços de saúde está em processo de consolidação (ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019). Assim, busca-se, nesta tese, identificar a convergência de elementos constantes nas estruturas mais aceitas e evidenciadas nas principais referências sobre o tema.

Nesta seção foi realizado o refinamento das referências com foco nos elementos definidores da inovação em serviços de saúde, os quais culminaram com os trabalhos de West (1990), Omachonu e Einspruch (2010) e Thakur, Hsu e Fontenot (2012). A análise permitiu agregar o estudo de Alvarez Pulido, Serrano Cardenas e Bravo Ibarra (2017), que versou sobre uma ampla revisão da literatura e sobre o artigo de Salama, Lee e Afshin (2019), evidenciando as necessidades e preferências de pacientes/usuários e prestadores de serviços, como possível avanço teórico.

A análise desses elementos que definem a inovação precede compreender a reorientação destacada por Vargo e Lusch (2004) da centralidade em bens tangíveis para a lógica dominante dos serviços, consubstanciadas em dez premissas (VARGO; LUSCH, 2004; 2008). Essa mudança de paradigma impacta nos diversos tipos de serviços, em especial, nos serviços de saúde, pois está relacionada à estratégia de diferenciação que se desenvolve na interação entre provedores, prestadores de serviços de saúde e pacientes/usuários, compartilhando conhecimentos e habilidades em um processo de cocriação de valor percebido pelos beneficiários, como ocorre na busca compartilhada de tratamentos disponíveis ou alternativas inovadoras, envolvendo diagnóstico, tratamentos, cuidados e recuperação, que atendam às expectativas de qualidade esperada, com foco no bem-estar do paciente/usuário e família, em equilíbrio com a gestão eficiente da produção e dos custos dos provedores de serviços de saúde (VARGO; LUSCH, 2008; BRAMBILLA; DAMACENA, 2011; FRIO; BRASIL, 2016; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).

A concepção de inovação em serviços de saúde aceita pelos pesquisadores desse campo é a de West (1990) que compreende a inovação como:

[...] a introdução e aplicação intencional (dentro de um grupo ou organização) de ideias, processos, produtos ou procedimentos novos para a unidade adotante, projetada para beneficiar significativamente o indivíduo, o grupo, a organização ou a sociedade em geral (WEST, 1990, [s.p.]).

Omachonu e Einspruch (2010) propõem uma definição que visa compreender a dinâmica de inovação nas OPSS, entendendo-a como a:

[...] introdução de um novo conceito, ideia, serviços, processo ou produto destinado a melhorar o tratamento, diagnóstico, educação, extensão, prevenção e pesquisa, com objetivos de longo prazo de melhoria da qualidade, segurança, resultados, eficiência e custos (OMACHONU; EINSPRUCH, 2010, p. 5).

A definição apresentada por Thakur, Hsu e Fontenot (2012) aborda as tendências e os impactos das inovações nas OPSS como:

[...] as melhores práticas adotadas nas organizações de saúde, capazes de gerar e garantir mudanças nos serviços, contribuindo para que os profissionais de saúde prestem serviços com segurança e melhores resultados com foco no bem-estar do paciente e gestão eficientes dos custos (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012, p. 564).

Alvarez Pulido, Serrano Cardenas e Bravo Ibarra (2017) propõem uma definição fundamentada numa revisão da literatura, que visa identificar iniciativas que favoreçam a inovação nas organizações prestadoras de serviços de saúde. Segundo esses autores, a inovação pode ser compreendida como o:

[...] conjunto de novos comportamentos, rotinas e formas de trabalho dirigidos a melhorar os serviços de saúde, sua eficiência administrativa ou sua rentabilidade organizacional e que são executadas de maneira coordenada para melhorar a experiência do serviço ao usuário (ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017, p. 48).

Estudo recente de Salama, Lee e Afshin (2019) propôs uma definição baseada nas preferências das partes interessadas para inovar na prestação dos cuidados em saúde. Essa pesquisa buscou compreender os conceitos na literatura que definem a inovação em termos de três objetivos relacionados à busca de “[...] novas maneiras para melhorar a experiência de cuidados, melhorando a saúde das populações e reduzindo custos” considerados como “impulsionadores das aspirações pelas necessidades de inovação” e, para “melhorar as decisões de investimentos em inovação”. Assim, os autores apresentaram uma proposta de estrutura conceitual “[...] abordando as necessidades não atendidas das partes interessadas, aliviando as tensões entre pacientes/usuários e prestadores” (SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019, p. 98).

A análise dessas definições converge para a caracterização dos elementos que estruturam o conceito de inovação proposto por Länsisalmi *et al.* (2006) e reforçado por Omachonu e Einspruch (2010). Tais características compreendem três elementos principais, referindo-se a uma novidade para a OPSS, um componente de aplicação e um benefício pretendido.

Essa análise permitiu identificar os elementos conceituais que estruturam o núcleo da definição de inovação em serviços de saúde dispostos no Quadro 2. Os trechos das definições foram agrupados por categorias de elementos relacionadas à novidade para a OPSS, à aplicação dessa inovação na produção dos serviços de saúde e, por conseguinte, aos benefícios pretendidos.

Quadro 2 – Elementos da definição da inovação em serviços de saúde

Elemento Conceitual	Definições
Novidade para a organização	“[...] a introdução [...] novas na unidade adotante [...]” (WEST, 1990).
	“[...] introdução de um novo conceito, ideia, serviços, processo ou produto [...]” (OMACHONU; EINSRUICH, 2010).
	“[...] as melhores práticas adotadas nas organizações de saúde [...]” (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012).
	“[...] o conjunto de novos comportamentos, rotinas e formas de trabalho [...]” (ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017).
	“[...] forma de buscar novas maneiras [...]” (SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).
Componente de aplicação	“[...] aplicação intencional (dentro de um grupo ou organização) de ideias, processos, produtos ou procedimentos [...]” (WEST, 1990).
	“[...] destinado a melhorar o tratamento, diagnóstico, educação, extensão, prevenção e pesquisa [...]” (OMACHONU; EINSRUICH, 2010).
	“[...] capazes de gerar e garantir mudanças nos serviços [...]” (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012).
	“[...] dirigidos a melhorar os serviços de saúde, sua eficiência administrativa ou sua rentabilidade organizacional e que são executadas de maneira coordenada [...]” (ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017).
	“[...]melhorar a experiência de cuidados, otimizando a saúde das populações e reduzindo custos” [...]” (SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).
Benefício pretendido	“[...] projetada para beneficiar significativamente o indivíduo, o grupo, a organização ou a sociedade em geral [...]” (WEST, 1990).
	“[...] com objetivos de longo prazo de melhoria da qualidade, segurança, resultados, eficiência e custo [...]” (OMACHONU; EINSRUICH, 2010).
	“[...] contribuindo para que os profissionais de saúde prestem serviços com segurança e melhores resultados com foco no bem-estar do paciente e gestão eficiente dos custos [...]” (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012).
	“[...] para melhorar a experiência do serviço ao usuário [...]” (ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017).
	“[...]“abordando as necessidades não atendidas das partes interessadas, aliviando as tensões entre pacientes e prestadores [...]” (SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).

Fonte: Elaborado pelo autor (2021), a partir da síntese das obras consultadas.

O elemento da novidade para a OPSS agrupou termos relacionados à criação ou adoção/aquisição de novidades nos produtos (bens e serviços) e na produção de bens e serviços de saúde. Logo, a novidade compreende aspectos relacionados à intenção estratégica de mudança por meio da criação, adoção ou implantação de novas definições, ideias, produtos, serviços, processos, comportamentos, rotinas, formas de organização e gestão do trabalho e melhores práticas nas OPSS (WEST, 1990; OMACHONU; EINSRUICH, 2010; THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).

Nesse sentido, a novidade na dinâmica da inovação em serviços de saúde é considerada como elemento desencadeador das mudanças direcionadas à criação de valor para as partes

interessadas na prestação de serviços de saúde. Dessa forma, a novidade pode ser considerada uma criação ou adoção/aquisição de uma nova tecnologia, ideias, produtos, processos ou procedimentos de trabalho que, combinada com uma aplicação bem-sucedida, para maximizar os ganhos de desempenho dessa novidade, pode criar novos valores traduzidos em benefícios para pacientes/usuários e provedores de serviços de saúde, enquanto a inovação consiste na combinação desse elemento da novidade com o componente de aplicação e benefícios de valores pretendidos (LÄNSISALMI *et al.*, 2006; CARDOSO; SILVA; VIEIRA, 2016; COSTA, 2016; ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017).

O segundo elemento reúne os componentes de aplicação das inovações projetadas para gerar resultados de melhorias na produção dos serviços de saúde. A inovação aplicada nas OPSS contribui para que os profissionais de saúde prestem serviços de melhor qualidade no diagnóstico, tratamento, atendimento e segurança, com foco no bem-estar do paciente/usuário e na gestão eficiente da produção, reduzindo custos (WEST, 1990; OMACHONU; EINSRUICH, 2010; THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).

Os benefícios pretendidos correspondem ao terceiro elemento conceitual que abrange os resultados de melhorias para os pacientes/usuários e prestadores de serviços de saúde. Após a adoção das inovações, podem ser alcançados benefícios que geram melhorias nos componentes de diagnóstico, tratamento, educação e prevenção de doenças, com redução dos custos e aumento da eficiência nos processos de produção dos serviços de saúde (WEST, 1990; OMACHONU; EINSRUICH, 2010; THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).

2.3.2 Tipos de inovação em serviços de saúde

A classificação dos tipos de inovação tem origem nos estudos de Schumpeter (1997) e da abordagem teórica evolucionista dos “neoschumpeterianos” como Freeman (1995) e Lundvall (2010). Essas contribuições teóricas fundamentaram a classificação dos tipos de inovações do Manual de Oslo (2004) e sua aplicação em serviços de saúde (HOWELLS *et al.*, 2004), que se manifestam por meio de um processo de evolução contínua de adaptação, em resposta às alterações dessas condições ambientais (LUNDVALL, 2010; COSTA, 2016).

Conforme as concepções de Schumpeter (1997) e dos neoschumpeterianos a inovação impulsiona o desenvolvimento econômico, por meio de um processo evolutivo denominado de “destruição criativa”, no qual as novas tecnologias substituem as tradicionais, tornando-as obsoletas (LUNDVALL, 2010; SCHUMPETER, 1997). Schumpeter classifica os tipos de inovação em: introdução de novos produtos, introdução de novos métodos de produção, abertura de novos mercados, desenvolvimento de novas fontes provedoras de matérias-primas e outros insumos e criação de nova estrutura de mercado em uma indústria (SCHUMPETER, 1997; OSLO, 2004; FERREIRA *et al.*, 2014).

As concepções iniciais de Schumpeter e dos neoschumpeterianos contribuíram para o desenvolvimento do Manual de Oslo (2004), que classifica a inovação em:

- ✓ Inovação de produto;
- ✓ Inovação de processo;
- ✓ Inovação de *marketing*;
- ✓ Inovação organizacional.

A *inovação de produto* configura-se na introdução de um bem ou serviço novo ou aperfeiçoado, significativamente para suas características e uso; a *inovação de processo* é a implementação de melhorias para aperfeiçoamento ou método novo na produção ou distribuição; a *inovação de marketing* implementa mudanças na concepção do produto ou em sua embalagem, posicionamento, forma de promoção e preços; a *inovação organizacional* é a implementação de novo método das práticas de organização dos negócios, rotinas, local de trabalho e suas relações externas (OSLO, 2004; FERREIRA *et al.*, 2014; PAUGET; WALD, 2018).

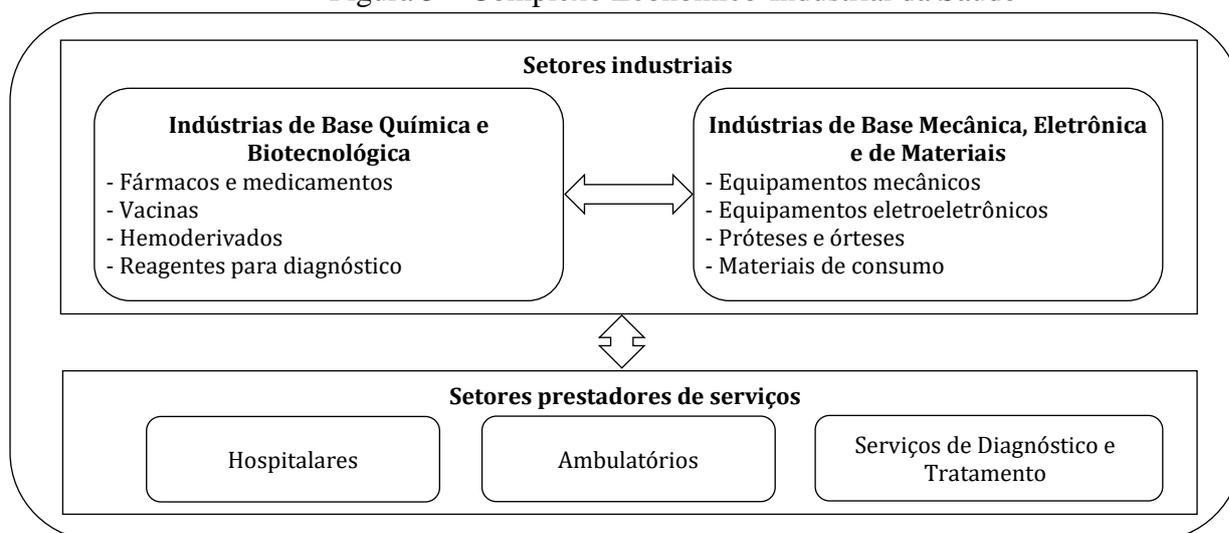
Essas concepções de Schumpeter (1997) sobre os tipos de inovação lançam as bases para delinear os aspectos inerentes à inovação em serviços. Esses aspectos consistem na introdução de um novo serviço ou serviço melhorado e/ou no novo método de trabalho ou aperfeiçoado consubstanciando, respectivamente, nos tipos de inovação de produto e de processo (OSLO, 2004; OMACHONU; EINSRUCH, 2010; CARDOSO; SILVA; VIEIRA, 2016; SANJEEWANI; GARIMA, 2019).

Os aspectos teóricos da inovação em serviços são balizadores para compreender a inovação em serviços de saúde. Estes aspectos destacam-se pela articulação entre os sistemas setorial de inovação em saúde e no de bem-estar social, pela importância das atividades regulatórias (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2002), pela importância estratégica para

superar os desafios relacionados à qualidade e à gestão eficiente dos recursos, diante dos aspectos intrínsecos do setor, como o caráter multiprofissional no desenvolvimento de atividades especializadas e complexas na produção e entrega dos serviços de saúde, a demanda crescente impulsionada pelo maior acesso à informação, o envelhecimento da população, o surgimento de novas doenças, aumento das patologias crônicas, epidemias e pandemias, a busca de novos tratamentos e tecnologias, visando melhorar a saúde dos pacientes/usuários com otimização dos recursos, os quais podem ser compreendidos como vetores de mudança que conduzem aos tipos de inovação e de processo na prestação dos serviços de saúde (FERREIRA *et al.*, 2014; COSTA, 2016; CIASULLO; COSIMATO; PELLICANO, 2017; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019; GUARCELLO; VARGAS, 2020).

A classificação de tipos de inovação em serviços de saúde necessita de análise prévia da dinâmica produtiva deste setor. Para esta compreensão, aborda-se o conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde adotado por Gadelha (2003) que os classificam em setores industriais da saúde e em prestadores de serviços, conforme Figura 3.

Figura 3 – Complexo Econômico-Industrial da Saúde



Fonte: Gadelha (2003, p. 524).

Com foco nos prestadores de serviços de saúde é possível destacar três principais setores de atuação, tais como, os serviços hospitalares, ambulatoriais e de diagnóstico e tratamento; os quais podem ser atendidos por organizações específicas para cada setor, ou concentrá-los em uma só organização, como ocorre na prestação de serviços hospitalares. No Complexo Econômico-Industrial destacam-se os prestadores de serviços, pela diversidade de recursos, natureza, classificação e características que envolvem essa atividade (GADELHA 2003; FERREIRA *et al.*, 2014; GADELHA; TEMPORÃO, 2018).

A diversidade de recursos compreende a integração de insumos e equipamentos necessários para a produção e prestação dos serviços. O processo produtivo envolve a produção de insumos em uma complexa cadeia de produção, uso de medicamentos, vacinas, hemoderivados, reagentes para diagnósticos fornecidos pelas indústrias de base e química, administrados e processados com auxílio de equipamentos mecânicos, eletroeletrônicos, materiais de consumo, fornecimento e colocação de próteses e órteses pelas indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais (GADELHA; COSTA; MALDONADO, 2012; GADELHA; TEMPORÃO, 2018; SEHGAL; GUPTA, 2020).

Os serviços envolvem as partes interessadas na coprodução e, geralmente, dominam a percepção de consumo e qualidade por meio da experiência e geração de valor no seu processamento. São partes da produção os prescritores, cuidadores, pacientes/usuários e os envolvidos no atendimento de pessoas, caracterizando-se pela produção e consumo, uso dos materiais, equipamentos e atividades de profissionais especializados, gestores integrando e coparticipando do processo produtivo de criação e inovação na prestação do serviço de saúde (BRAMBILLA; DAMACENA, 2011; LOVELOCK; WIRTZ HEMZO, 2011; FRIO; BRASIL, 2016; SEHGAL GUPTA, 2020).

A partir da compreensão geral e analítica do complexo econômico-industrial do setor de saúde e das características de seus serviços, envolvendo o cuidado/atendimento de pessoas, passa-se a identificar a ênfase dos tipos de inovação nos setores prestadores de serviços. As principais referências sobre a inovação aplicam a classificação do Manual de Oslo (2004) para estas pesquisas, destacando-se as inovações de produtos-serviços e de processo, com maior ênfase nas áreas prestadoras de serviços; a inovação de produto-bens e de *marketing*, com ênfase nos setores industriais; e a inovação organizacional transversal em ambos os campos analisados (FERREIRA *et al.*, 2014; COSTA, 2016; PAUGET; WALD, 2018).

Isso posto, pode-se classificar a inovação em serviços de saúde em dois tipos principais de maior impacto no cuidado/atendimento de pessoas – inovação de serviço e de processo. Neste trabalho, adotou-se o termo inovação de serviço para a inovação do produto, com foco na introdução de um serviço novo ou aperfeiçoado, enquanto que na inovação de processo, considerou-se a implementação de método produtivo novo ou aprimorado e de melhorias na distribuição e na prestação de serviços de saúde (FERREIRA *et al.*, 2014; MOREIRA; GHERMAN; SOUSA, 2017; SEHGAL; GUPTA, 2020).

Os esforços para inovação podem impactar nas partes interessadas (pacientes/usuários e prestadores de serviços) por meio de duas categorias de inovação: a radical e a incremental. A

inovação radical cria, desenvolve e implementa algo novo, capaz de tornar obsoletos os antigos sistemas e processos, geralmente com participação de universidades e centros de pesquisas; enquanto a inovação incremental visa ao aprimoramento dos produtos, processos ou insumos, e conta com a participação de colaboradores e usuários dos serviços de saúde para a resolução de problemas e atendimento de suas necessidades (OSLO, 2004; FERREIRA *et al.*, 2014; CARDOSO; SILVA; VIEIRA, 2016; KHADIJEH *et al.*, 2019; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019; SANJEEWANI; GARIMA, 2019).

2.3.3 Dinâmica de inovação nas organizações prestadoras de serviços de saúde

Objetivou-se compreender a dinâmica das atividades de desenvolvimento e aquisição de novidades, atos preparatórios de implementação e o papel estratégico das tecnologias nas OPSS, em termos de superação de desafios e melhor desempenho na prestação de serviços hospitalares. Na sequência, caracterizou-se a importância das organizações prestadoras de serviços hospitalares na esfera nacional, assim como, as inovações de serviço e de processo, como tipos de maior ênfase no cuidado/atendimento de pessoas para a produção e prestação de serviços. Assim, há de se propor uma configuração conceitual de inovação em serviços de saúde, como lente teórica capaz de conduzir as pesquisas para o entendimento dessa dinâmica de inovação nas OPSS.

Os hospitais concentram parte considerável dos serviços de saúde. Esse destaque tem relação com a prestação de serviços, as quais envolvem uma maior complexidade, concentração e tecnologias, mão de obra especializada, volume na produção, e por serem consideradas as organizações mais visíveis da Rede de Atenção à Saúde para a sociedade – pacientes/usuários e famílias/pessoas que buscam assistência de saúde (DJELLAL; GALLOUJ, 2007; BARBOSA; GADELHA, 2012; THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; ALMEIDA, 2017).

A complexidade é um aspecto inerente ao cuidado/atendimento de pessoas e envolve diversas especialidades profissionais, equipamentos e tecnologias. É pressionada pela necessidade de manutenção do equilíbrio financeiro entre receita e despesa para o desenvolvimento de múltiplas atividades, dependente de equipes multiprofissionais, saberes e de equipamentos diversos, utilizados no processo de produção e na prestação de serviços de saúde. Convém ainda destacar o papel do hospital na produção e na incorporação de conhecimentos científicos e de inovações (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; ELLNER;

STOUT; SULLIVAN, 2015; MOREIRA; GHERMAN; SOUSA, 2017; GADELHA; TEMPORÃO, 2018; GASTALDI *et al.*, 2018).

O volume de serviços de saúde prestado tem participação preponderante das organizações hospitalares. Tais organizações detêm maior atuação e, no Brasil, concentram parte considerável dos serviços de saúde oferecidos à sociedade, tornando-se cada vez mais complexas, em função da ampla produção de serviços hospitalares, ambulatoriais, diagnósticos e terapêuticos e, ao mesmo tempo, respondem aos desafios do setor de saúde, dentre os quais se destacam a redução do financiamento, o aumento da demanda e a judicialização do acesso (DJELLAL; GALLOUJ, 2007; BARBOSA; GADELHA, 2012; CARDOSO; SILVA; VIEIRA, 2016; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Os hospitalares se destacam pela visibilidade social e pelo seu impacto econômico e financeiro no setor de saúde. São organizações que concentram os principais serviços e são consideradas a parte visível das Políticas de Saúde para as pessoas que buscam assistência, além de representarem os receptores dos insumos, equipamentos, emprego e formação de mão de obra em saúde (no caso de hospitais Escolas/Universitários), recursos especializados e tecnologias modernas destinadas aos setores industriais para a produção e prestação de serviços hospitalares (BARBOSA; GADELHA, 2012; ALMEIDA, 2017; CIASULLO; COSIMATO; PELLICANO, 2017; POLESE *et al.*, 2018).

As principais atividades de inovação nas OPSS buscam o máximo de aproveitamento dos ganhos de desempenho proporcionado pelas novidades. Nessas organizações as atividades abrangem o desenvolvimento interno ou aquisição de fontes externas e atos preparatórios para a implementação de novidades, impactando o processo de produção e prestação dos serviços que envolvem o cuidado/atendimento de pessoas na prestação de serviços de saúde (OSLO, 2004; MOREIRA; GHERMAN; SOUSA, 2017; SEHGAL; GUPTA, 2020).

O aumento dessas novidades envolve as atividades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D). Essas atividades compreendem a criação de novas características técnicas e de desempenho, capazes de inovar os serviços e os processos, tais como um novo serviço ou equipamento que impliquem em melhorias significativas, atendimentos agilizados e sem filas, criação de novos métodos e o desenvolvimento de *softwares* que geram protótipos, ensaios e testes para sua implementação, resultando em informações para a tomada de decisão baseada em evidências (OSLO, 2004; LÄNSISALMI *et al.*, 2006; ELLNER; STOUT; SULLIVAN, 2015).

A aquisição das novidades envolve a introdução na organização, de bens de valor tangíveis e intangíveis, de fontes internas e externas. Os bens de valores tangíveis estão relacionados à aquisição de equipamentos, como os de apoio laboratorial, diagnóstico e cirúrgico; já os bens intangíveis das organizações prestadoras de serviços dão ênfase na introdução de Sistemas de Informação e Comunicação utilizados nos atendimentos, nas atividades de planejamento, monitoramento e avaliação, assim como nos sistemas que auxiliam o gerenciamento e compartilhamento eficiente de informações de saúde dos pacientes, tais como, os prontuários eletrônicos. Além disso, têm-se os *softwares* vinculados aos equipamentos hospitalares, laboratoriais e de diagnóstico (OSLO, 2004; BARBOSA; GADELHA, 2012; ROSIS; NUTI, 2018).

Os atos preparatórios para a implementação e ajustes na produção e prestação de serviços estão relacionados às aquisições e alterações necessárias para a introdução de novidades nos serviços e/ou processos de produção. Estes atos compreendem alterações necessárias nas normas, procedimentos e uso de *softwares* associados à implantação da novidade nos processos de produção e na prestação dos serviços associados; na elaboração de projetos de *layout*, especificações, procedimentos e de infraestrutura predial e reformas; no treinamento dos profissionais e colaboradores para conhecer os benefícios da inovação, assim como, para implantação e produção, com o máximo de aproveitamento do desempenho proporcionado; além de outras aquisições necessárias e úteis para a implantação da inovação de impacto significativo em melhorias, tais como: aquisições de máquinas, equipamentos, terrenos, construção e reforma predial (OSLO, 2004; ELLNER; STOUT; SULLIVAN, 2015; PAUGET; WALD, 2018).

As tecnologias assumem importância estratégica nas organizações de saúde, pois impulsionam as principais mudanças que ocorrem na prestação de serviços nesse setor. Envolve a aplicação de novidades significativas nos componentes de serviços e de processos tecnologicamente novos ou incrementais, para melhor desempenho no atendimento e na dispensação de cuidados nos serviços de saúde, a exemplo dos equipamentos e *softwares* relacionados às Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) (OSLO, 2004; BARBOSA; GADELHA, 2012; CHEN; WEN; YANG, 2014; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Essas atividades e atos preparatórios, com foco nas tecnologias, impulsionam esforços para inovar nas OPSS. Tais esforços conduzem a mudanças significativas de desempenho e benefícios, às quais resultam em inovações de serviços e de processos na produção e prestação

desses serviços (BARBOSA; GADELHA, 2012; CHEN; WEN; YANG, 2014; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Os tipos de inovação envolvendo o cuidado/atendimento de pessoas, cuja ocorrência apresenta maior ênfase nas organizações prestadoras de serviços de saúde são as inovações de serviços e de processos. As atividades que resultam nesses dois tipos de inovações conduzem a aplicação de novidades com foco em tecnologias capazes de gerar melhorias no desempenho da produção e na prestação dos serviços, beneficiando ao mesmo tempo, pacientes/usuários e prestadores de serviços de saúde (MOREIRA; GHERMAN; SOUSA, 2017; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019; SEHGAL; GUPTA, 2020).

A inovação de serviços de saúde compreende a implementação de novos serviços ou dos mesmos, sendo que significativamente melhorados em suas características e no uso nas OPSS. Esse tipo de inovação abrange novas opções de tratamento, terapias, agilidade nos atendimentos, ampliação de leitos, exames de diagnóstico mais precisos, tratamento em *home care* e telemedicina, com suporte de profissionais de saúde, ampliação e agilidade nos atendimentos (BARBOSA; GADELHA, 2012; FERREIRA *et al.*, 2014; YUNUS; SAENAB; YANI, 2020; BERTASSO *et al.*, 2021; MOREIRA; GHERMAN; SOUSA, 2017).

A inovação de processo conduz a mudanças na produtividade das OPSS. Esse tipo de inovação abrange o desenvolvimento de processo de marcação de consultas, procedimentos, exames, para evitar filas, adoção do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), otimização do processo assistencial pré-operatório para melhor uso das salas de cirurgias, humanização nos ambientes físicos para a segurança e a satisfação dos pacientes/usuários e profissionais, bancos de preços para ampliar a competitividade e reduzir os custos, protocolos de procedimentos seguros e de educação para prevenção das causas de internações nos hospitais, compartilhamento ético de informações dos pacientes/usuários com o uso do PEP (FERREIRA *et al.*, 2014; ROSIS; NUTI, 2018; SEHGAL; GUPTA, 2020).

A análise dos elementos conceituais característicos e dos tipos de inovação configuraram um conceito aplicável às características das OPSS, fundamentado nos elementos e tipos de inovação concebido neste trabalho, de acordo com a ilustração disposta na Figura 3.

Frente a essa construção argumentativa, a dinâmica de inovação em serviços de saúde compreende: o desenvolvimento ou adoção/aquisição de novidades com foco estratégico em tecnologias, orientadas por atividades e atos preparatórios para seu melhor desempenho na produção e prestação dos serviços, de forma a beneficiar pacientes/usuários, profissionais e

prestadores de serviços, por meio de inovações de serviços e de processos, com impacto radical ou incremental nas OPSS, resultando em mudanças que melhoram os componentes de diagnóstico, tratamento/cuidado, educação e prevenção de doenças, com redução dos custos e aumento da eficiência nos processos de produção dos serviços de saúde (WEST, 1990; OSLO, 2004; OSLO, 2006; OMACHONU; EINSRUICH, 2010; THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).

3 METODOLOGIA

Essa seção apresenta as decisões metodológicas da pesquisa, abrangendo as diretrizes que orientam o planejamento e execução da coleta, tratamento e análise dos dados da investigação. Essas decisões são estratégicas para a condução da pesquisa, pois estão relacionados com os aspectos metodológicos, procedimentos éticos e limitações que envolvem o desenvolvimento do projeto e a operacionalização da pesquisa para a obtenção de resultados empíricos.

3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Os aspectos metodológicos definem os principais posicionamentos que orientam a pesquisa. Tais aspectos referem-se à posição do paradigma epistemológico e a estratégia metodológica utilizada, detalhando as opções adotadas para na abordagem do problema e no desenvolvimento dessa pesquisa.

3.1.1 Paradigma epistemológico e estratégia

O paradigma epistemológico que guia as ações nessa tese é o pragmático por conceber maior foco no problema com utilização de multimétodos ou método misto sequencial para derivar conhecimento. Essa concepção pragmática fundamenta o uso dos procedimentos metodológicos mais adaptados às necessidades e aos objetivos dessa pesquisa, com coleta de dados diversificados para submetê-los às análises quantitativa e qualitativa (CRESWELL, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2012).

A partir desse paradigma, a estratégia metodológica adotada nessa pesquisa foi a multimétodos, métodos mistos sequenciais, com uma primeira fase quantitativa e a segunda qualitativa como a mais adequada para abordar o objeto da pesquisa. O tipo de pesquisa na fase quantitativa é o de levantamento com aplicação de questionário e na fase qualitativa são utilizadas as técnicas de mineração de texto e da codificação aberta, axial e seletiva da *Grounded Theory* (teoria fundamentada), fazendo emergir categorias e subcategorias dos dados coletados, a partir do roteiro de entrevistas semiestruturadas (BANDEIRA DE MELLO, 2008; CRESWELL, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2012).

3.1.2 Métodos de pesquisa

Os métodos de pesquisa adotados foram: a *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) traduzido para Análise Fatorial Confirmatória, Análise Multigrupo da Invariância (AMI) e *Structural Equation Modeling* (SEM) traduzidos para a Modelagem de Equações Estruturais. Na sequência, adotaram-se as técnicas mineração de texto e da codificação aberta, axial e seletiva da *Grounded Theory* para o estudo qualitativo. Tais métodos e técnicas são estrategicamente adequados para o desenvolvimento e o alcance dos objetivos específicos dessa pesquisa (BANDEIRA DE MELLO, 2008; MARÔCO, 2010; CORBIN; STRAUSS, 2014; HAIR *et al.*, 2014).

A análise fatorial confirmatória é um instrumento analítico utilizado para refinar a qualidade de ajustamento, validar o modelo teórico de mensuração e, aliado ao AMI, o instrumento psicométrico adaptado para os serviços de saúde, também, como a primeira fase da modelagem de equações estruturais. Nessa pesquisa, a CFA e a AMI contribuem para medir a qualidade dos itens ou variáveis observadas, representando as práticas de gestão nas organizações pesquisadas. As variáveis latentes representam os fatores determinantes e resultantes da capacidade de inovação em serviços de saúde (MARÔCO, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

Já a modelagem de equações estruturais é um procedimento estatístico capaz de avaliar múltiplas variáveis para testar um modelo teórico estrutural e sua invariância. Com a validação do modelo teórico de medição, a partir dos dados coletados nessas unidades de análise, segue com a SEM para testar a estrutura de relação entre os constructos, visando avaliar a relação causal entre os fatores determinantes e resultantes que refletem o desempenho em inovação nos hospitais gerenciados pelos diversos modelos de gestão, assim como, verificar a invariância nos grupos definidos para os dados dentro (*in-sample*) e fora (*out-of-sample*) da amostra (MARÔCO, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

As técnicas de mineração de texto e de codificação aberta, axial e seletiva do modelo de pesquisa da *Grounded Theory* são adequadas para minuciar a dinâmica organizacional, a partir da percepção dos sujeitos envolvidos. Com o estudo qualitativo, objetivou-se analisar como os gestores conduzem as mudanças organizacionais, articulando recursos para a obtenção de melhores resultados relativos aos indicadores de desempenho nos hospitais, *loci* dessa pesquisa (BANDEIRA DE MELLO, 2008; CRESWELL, 2010; CORBIN; STRAUSS, 2014).

3.1.3 Unidades de análise e amostra

O perfil das unidades de análise e da amostra nessa pesquisa foram selecionadas, a partir da delimitação do objeto da mesma. Delimita-se o *loci* da pesquisa e seu objeto, selecionando-se unidades de análise de três organizações, com foco na prestação de serviços hospitalares gerenciadas, cada uma, por um tipo de modelo de gestão (APD, OSS e PPP), vinculadas à regulação da Bahia e ao desenvolvimento de atividades assistenciais, ensino, pesquisa e extensão em parceria com faculdades, instituições de pesquisas e Rede InovarH. A amostra tem como público-alvo os sujeitos envolvidos nas ações, interações e decisões nessas unidades, lidando com o contexto do setor saúde e contribuindo, de alguma forma, para a capacidade de inovação e desempenho superior nessas organizações (BANDEIRA DE MELLO, 2008; GIL, 2008; CRESWELL, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2012).

3.1.3.1 Delimitação do objeto da pesquisa no setor de saúde

No âmbito da SESAB, a Bahia adotou diversos modelos de gestão hospitalares dos tipos OSS e PPP, como alternativa ao tradicional formato da APD. Essa diversificação foi impulsionada pelos cenários de pressões no setor que se tornaram mais intensos, quando se evidenciam peculiaridades marcantes no sistema de saúde brasileiro.

As peculiaridades no setor de saúde, envolvendo a ampliação da demanda provocada pelas mudanças no perfil epidemiológico da sociedade atual, aliada a um cenário de reorganização política e administrativa, influenciada pelo novo marco constitucional de 1988 e pelas crises econômicas que aprofundaram a déficit fiscal, pressionaram o formato tradicional de gestão dos serviços de saúde da Administração Pública Direta (APD) dos hospitais, com redução da capacidade de investimento, com possíveis efeitos na organização das redes de atenção, na gestão de pessoas e, conseqüentemente na qualidade do cuidado. Nesse cenário e considerando as especificidades do sistema de saúde, os gestores e formuladores de políticas de saúde consideraram outras alternativas para reagir aos desafios do setor de saúde (PINTO; FLEURY, 2012; FERREIRA *et al.*, 2014; BARBOSA; MALIK, 2015; ALMEIDA, 2017; MOREIRA; GHERMAN; SOUSA, 2017).

O Estado da Bahia, também, buscou idealizar e implementar os novos modelos de gestão hospitalar, considerados mais eficientes na relação entre a gestão eficiente dos custos, com a oferta dos serviços de qualidade assistencial. Essa iniciativa baiana despertou o interesse de investimentos privados no setor e, com isso, possibilitou ampliar as alternativas na gestão em

serviços de saúde para os demais entes federativos no Brasil, como no caso das PPPs como modelo de gestão hospitalar (FERREIRA *et al.*, 2014; BARBOSA; MALIK, 2015; ALMEIDA, 2017; MORAIS *et al.*, 2018; KINCZESKI; MORÉ, 2020).

A administração pública direta, até então, era o modelo de gestão amplamente adotado nas organizações de saúde, especialmente, no gerenciamento dos serviços hospitalares, em função de sua importância e visibilidade para o setor de saúde. As principais características do setor envolvem a rigidez normativa na contratação de fornecedores de insumos e o gerenciamento de pessoal que tornavam a produção e a entrega dos serviços de saúde menos eficientes, quando comparados com a iniciativa privada (FERREIRA *et al.*, 2014; BARBOSA; MALIK, 2015; ALMEIDA, 2017; MOREIRA; GHERMAN; SOUSA, 2017).

Nesse sentido, o cenário pós constituinte de 1988 e as especificidades do setor de saúde impulsionaram a adoção de modelos de gestão, para além do formato tradicional da APD, inicialmente, optando pelo formato das OSS e, posteriormente, para a PPP. Assim, tais modelos são respectivamente abordados na sequência, destacando-se o contexto, os marcos legais e suas características.

Adotou-se na Bahia o modelo de OSS no auge das reformas do aparelho estatal. Foram empreendidas e disseminadas para os Estados, pelo Governo Federal, no período de 1995 a 2002. O ponto de partida para a adoção desses novos modelos de gestão foi a publicação da Lei n. 7.027 de janeiro de 1997 (BAHIA, 1997), em seguida revogada e reformulada pela Lei n. 8.647, de 29 de julho de 2003 (BAHIA, 2003), denominada de Programa Estadual de Organizações Sociais, regulamentada pelo Decreto n. 8.890, de 21 de janeiro de 2004 (BAHIA, 2004a).

Essa modelo de gestão teve sua expansão estimulada para todo o Brasil em decorrência das ações empreendidas e disseminadas pelo Ministério de Reforma e Aparelho do Estado (MARE), no período entre 1995 a 2020. Os principais marcos legais de referência no âmbito nacional são a Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998. (BRASIL, 1998), Lei Complementar do Estado de São Paulo nº 846 de 1998 de 04 de junho de 1998 (SÃO PAULO, 1998), Lei Estadual do Rio de Janeiro nº 6.043 de 19 de setembro de 2011 (RIO DE JANEIRO, 2011) (FERREIRA *et al.*, 2014; MORAIS *et al.*, 2018; KINCZESKI; MORÉ, 2020).

As Organizações Sociais são qualificadas por essas normas, como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, que desempenham atividades relacionadas ao ensino, cultura, saúde, proteção e preservação do meio ambiente, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico. A relação de parceria entre a administração pública e esse modelo de gestão é

formalizada por meio de um Contrato de Gestão que estabelece obrigações mútuas, metas qualitativas, quantitativas e vigência, além da estipulação do orçamento, cronograma de desembolso e disponibilização dos bens públicos no desenvolvimento das atividades objeto do contrato de gestão estipulado (BRASIL, 1998; BAHIA, 2003; BAHIA, 2004a).

Os principais fatores de estímulo a participação desse modelo de gestão nos complexos serviços hospitalares são: a adoção das melhores práticas de gestão eficiente na relação entre custos e qualidade no diagnóstico e tratamento; maior liberdade de contratações de insumos, equipamentos e profissionais; melhor articulação com o complexo econômico-industrial de saúde para implementação de inovações e tecnologias que auxiliem o cumprimento de metas e cronogramas estabelecidos pelos Contratos de Gestão; e redução dos custos com contratação de profissionais de saúde e demais áreas nos limites de contratação de pessoal impostos pela Lei n. 101/2001 ou Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (FERREIRA *et al.*, 2014; GADELHA; TEMPORÃO, 2018; MORAIS *et al.*, 2018; KINCZESKI; MORÉ, 2020).

Outras possibilidades para os serviços de saúde são estimuladas como o modelo de gestão da Parceria Público-Privada (PPP). Esse modelo no setor saúde foi inaugurado na Bahia por meio da Lei n. 9.290 de 27 de dezembro de 2004 (BAHIA, 2004b) para a gestão de hospitais de grande porte na rede SESAB e logo tornou-se o “novo paradigma” na gestão de outros serviços de saúde (diagnóstico por imagem) e outros serviços públicos, a exemplo dos presídios, rodovias e estádios de futebol (FERREIRA *et al.*, 2014; BARBOSA; MALIK, 2015; ALMEIDA, 2017).

De forma concomitante foi aprovada e sancionada, no âmbito federal, a Lei n. 11.079 de 30 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004) que institui normas gerais de licitação e contratação da Parceria Público-Privada no âmbito da administração pública brasileira. Esse modelo caracteriza-se como uma forma de concessão pública na modalidade patrocinada ou administrativa, com contraprestação da administração pública e risco compartilhado (FERREIRA *et al.*, 2014; BARBOSA; MALIK, 2015; ALMEIDA, 2017).

A concessão patrocinada envolve a prestação de serviços ou de obras públicas com tarifa cobrada aos usuários e complementação por contraprestação pecuniária do parceiro público ao privado. Esse é o tipo de concessão de rodovias vinculadas a execução de obras de manutenção, ampliação de rodovia, construções de pontes e túneis necessários à fluidez e segurança das vias públicas (BAHIA, 2004b; BRASIL, 2004; BRITO; SILVEIRA, 2005).

Já a concessão administrativa compreende a prestação de serviços envolvendo a execução de obras ou o fornecimento e instalação de bens, tendo como usuário direto a administração pública ou indireta, adquirindo o serviço nessa modalidade para benefício do cidadão. Tais tipos são comuns nos contratos para as obras de construção, reformas e manutenção de hospitais e escolas (BAHIA, 2004b; BRASIL, 2004; BRITO; SILVEIRA, 2005).

A concessão patrocinada envolve a prestação de serviços ou de obras públicas com tarifa cobrada aos usuários e complementação por contraprestação pecuniária do parceiro público ao privado. Esse é o tipo de concessão de rodovias vinculadas à execução de obras de manutenção, ampliação de rodovia, construções de pontes e túneis necessários à fluidez da produção e segurança das vias públicas (BAHIA, 2004; BRASIL, 2004; BRITO; SILVEIRA, 2005).

O modelo de PPP é um instituto que visa gerenciar atividades complexas e de valores vultosos, por isso, a lei estabelece algumas especificidades para evitar a banalização do instituto e garantir a gestão eficiente dos custos de transação. Tais especificidades referem-se ao valor de contrato, que não pode ser inferior a R\$ 10 milhões, prazo mínimo de cinco e no máximo 35 anos, cuja remuneração varia em conformidade com o cumprimento dos padrões e das metas de desempenho, criação de um fundo garantidor da PPP e da Sociedade de Propósito Específico (PE) para implantar e gerir o objeto do contrato de parceria (BAHIA, 2004; BRASIL, 2004b; BRITO; SILVEIRA, 2005).

Apesar das condições específicas para a adoção do modelo de gestão do tipo PPP, a Bahia implantou a primeira experiência de parceria público-privada na prestação de serviços de saúde no Brasil. A SESAB, orientada pela Procuradoria Geral do Estado (PGE), conduziu o processo de concepção do modelo de gestão PPP, no hospital do Subúrbio em Salvador, a partir de 2009 e do Instituto Couto Maia, a partir de 2011 (BARBOSA; MALIK, 2015), tornando-se pioneira e referência para todo o território nacional, desse novo formato de gestão dos serviços hospitalares (FERREIRA *et al.*, 2014; ALMEIDA, 2017).

Como demonstrado, a Bahia influenciou a adoção de diversos modelos de gestão do tipo OSS e PPP, esse último referência para o Brasil (BARBOSA; MALIK, 2015). No sistema de saúde brasileiro, os hospitais públicos são gerenciados pelos modelos gestão dos tipos: Administra Pública Direta (APD), Organizações Sociais de Saúde (OSS), Parceria Público-Privada (PPP) e atuando nos serviços de saúde de caráter complementar as organizações gerenciadas pela iniciativa privada (BARBOSA; GADELHA, 2012; FERREIRA *et al.*, 2014; ALMEIDA, 2017; SESAB, 2019).

Ante ao exposto, essa pesquisa visou abordar os modelos de gestão dos tipos APD, OSS e PPP. Na seção seguinte são delimitados os três hospitais pesquisados, cada um gerenciado por um desses modelos de gestão e com atuação do desenvolvimento de atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão, no âmbito de suas unidades hospitalares.

3.1.3.2 Unidades de análise do objeto da pesquisa

As unidades de análise, objetos desta pesquisa, foram delimitadas para a regulação da Bahia por contemplar atuação de hospitais gerenciados pelos três modelos de gestão hospitalar, oportunizado, também, pelo acesso à coleta de dados devido a relação institucional entre o Grupo de Pesquisa Observa Políticas Públicas e Rede Inovarh da UFBA, com interação contatante entre esses e a rede de atenção à saúde no Estado da Bahia (SESAB).

A oferta de diversos serviços de saúde é promovida, por meio de 36 organizações com ênfase na prestação de serviços hospitalares, gerenciadas por meio de APD, OSS e PPP (OSID, 2019; SESAB, 2019).

Essas organizações são distribuídas por unidades de atenção à saúde na capital Salvador, especialmente os centros de referência, e os demais no interior do Estado da Bahia. A partir desse refinamento por um modelo de gestão, delimita-se seguindo a indicação do Grupo de Pesquisa Observa Política Pública, da Rede InovarH/EAUFBA e da banca de qualificação, devidamente referendada e autorizada, tanto pela SESAB, quanto pelo responsável dessas organizações convidadas a participarem dessa pesquisa como *loci* de análise.

As organizações com maior ênfase na prestação de serviços hospitalares são indicadas para essa pesquisa pela vinculação às atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão, em parceria com faculdades e institutos de pesquisa, também, pela referência em áreas especializadas da saúde, capacidade de leitos, volume de atendimentos e por serem localizadas em Salvador/BA. Organizações, também, que se inserem nos parâmetros dessa pesquisa e devidamente autorizados pela SESAB e adesão de suas respectivas diretorias para a realização da pesquisa em suas unidades são: Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGESF); Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), cujo Complexo se localiza no bairro de Roma em Salvador, representa o caráter social desse modelo de gestão, com foco no Hospital Santo Antônio; e o Instituto Couto Maia (ICOM).

O Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGESF) é gerenciado pela rede SESAB por meio do modelo APD. Essa unidade presta serviços de saúde pública em especialidades como:

clínicas médica, cirúrgica, ortopédica, cirurgia vascular e craniofacial, contando também com serviços de apoio com tomografia computadorizada, ultrassonografia, ecocardiograma, *doppler* e raios-x, com capacidade para 153 leitos de urgência, emergência, ortopedia, pediatria e UTI. Além disso, é considerado campo de estágio, ensino e pesquisa para escolas técnicas, faculdades e universidades (SESAB, 2019).

As Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) têm sede no denominado Complexo Roma e gerenciam, por meio do modelo OSS, diversos serviços de saúde à população carente, com ênfase nessa pesquisa, os desenvolvidos pelo Hospital Santo Antônio. A OSID oferece serviços hospitalares com 20 leitos de UTI do tipo adulto, 10 leitos de UTI tipo pediátrica; para especialidades cirúrgicas são 8 leitos para buco maxilo facial, cirurgia geral (33), ginecologia (09), nefrologia/urologia(08), oftalmologia (02), oncologia (10), ortopedia/traumatologia (10), otorrino/laringologia (05), cirurgia plástica(06), cirurgia torácica (02) e transplante (01); para especialidade clínica são 136 leitos de clínica geral, geriatria (216) e oncologia(49); para o hospital dia são 30 para especialidade cirúrgico/diagnóstico/terapêutico. Para as especialidades relacionadas a crônicos (274) psiquiatria (33); pediatria cirúrgica (26) e pediatria clínica(66); totalizando-se 954 leitos e 3324 profissionais de saúde e funcionários administrativos (OSID, 2019; SESAB, 2019; CNES, 2021).

O terceiro tipo de modelo de gestão é a parceria público-privada (PPP) do Instituto Couto Maia (ICOM), especializado em doenças infecciosas e parasitárias. Possui estrutura para os serviços de atendimento de urgência e emergência, ambulatório especializado e Centro de Referência para Imonobiológicos Especiais (CRIE) e uma agência transfusional, serviços de reabilitação e de logística, com capacidade para 120 leitos de UTIs, ambulatórios de infecção geral, HIV e neuroinfecção, funcionando como pólo de ensino e visitas técnicas nas diversas áreas da saúde. Em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) o ICOM desenvolve pesquisas sobre doenças infecciosas como leptospirose, meningites bacterianas, HIV/AIDS, dengue e outras (ICOM, 2019; SESAB, 2019).

3.1.3.3 Amostra

Na definição dos critérios da amostra adotou-se a recomendação de Creswell (2010) para identificar os respondentes da pesquisa. A amostra é formada pelos participantes envolvidos nas ações, interações e decisões no HGESF, OSID e ICOM relacionados com tecnologia, inovação, desempenho e o contexto da saúde na SESAB. Os participantes inseridos nesse

ambientes organizacionais são: gestores estratégicos, profissionais das áreas de saúde e administrativa (BANDEIRA DE MELLO, 2008; CRESWELL, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

O parâmetro para a dimensão da amostra no estudo quantitativo considerou a recomendação de Marôco (2010) para o tamanho da amostra para a CFA e SEM. Por isso, nos termos dessa investigação, a recomendação adotada para dimensionar o tamanho da amostra (n) considerou o número de itens ou variáveis observáveis (p) e fatores ou variáveis latentes (f) consubstanciada na seguinte equação (1): $n \geq 50r^2 - 450r + 1100$, onde $r = p/f$.

No estudo qualitativo as técnicas metodológicas da *Grounded Theory* recomendam que a dimensão do *corpus* deve ser delimitada pela seleção de participantes específicos de um grupo social, que lidam com um contexto determinado nas unidades de análise. No âmbito dessa pesquisa tais participantes desse grupo social são os gestores estratégicos envolvidos no contexto dos principais processos decisórios e de potencialização da inovação nas organizações gerenciadas pelos modelos de gestão dos tipos APD, OSS e PPP, como forma de reagir às pressões do setor de saúde (BANDEIRA DE MELLO, 2008; CRESWELL, 2010; CORBIN; STRAUSS, 2014).

O Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGESF) representa o modelo de gestão do tipo APD, gerenciado diretamente pela SESAB. Essa unidade apresenta como principais gestores estratégicos a Diretoria Geral, Médica, Financeira, Administrativa e Enfermagem, conforme demonstrado no organograma disposto na Figura 51 do ANEXO B, assim como informou ter registrado um total de 917 colaboradores entre profissionais da área de saúde, da área administrativa e ocupantes dos cargos de gestão dos diversos níveis hierárquicos (HGESF, 2019).

A Organização Social de Saúde (OSS) está representada nessa pesquisa pelos serviços de saúde do Hospital Santo Antônio (HSA) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID). Os gestores estratégicos dessa OSS são identificados na Figura 52, do ANEXO B, como gestão executiva, médica, operacional, infraestrutura, administrativa e financeira, informando ter registrado um total de 3.596 colaboradores entre profissionais de saúde e da área administrativa na sede dessa Organização Social (OSID, 2019).

O Instituto Couto Maia (ICOM) representa o modelo de gestão do tipo PPP nessa pesquisa. Nessa unidade especializada, os gestores estratégicos estão identificados na Figura 53, do ANEXO B, como Diretoria Geral, Administrativa, Enfermagem e Médica, assim como informou o registro total de 696 colaboradores entre profissionais da área de saúde, da área administrativa nos diversos níveis hierárquicos (ICOM, 2019).

A partir dessa caracterização dos *loci* de análise e dos participantes da amostra, pode-se estabelecer os critérios para obter a amostragem da investigação. No estudo quantitativo o tamanho da amostra é dimensionado a partir dos profissionais das áreas de saúde e administrativa. Na abordagem qualitativa os participantes desse estudo são os gestores estratégicos responsáveis pelas principais decisões nessas unidades de saúde (MALHOTRA, 2001; MARÔCO, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2012; HAIR *et al.*, 2014).

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos delineados detalham a condução na preparação dos instrumentos para a coleta de dados, tratamento e análise dos resultados. A partir do paradigma epistemológico, fundamento teórico e das especificidades dos hospitais, a pesquisa foi realizada em duas fases sequenciais, sendo a primeira de caráter quantitativo, para validar o modelo teórico e medir o efeito dos fatores determinantes no desempenho em inovação e a segunda, visou minuciar a dinâmica organizacional.

3.2.1 Desenvolvimento da pesquisa

O desenvolvimento da pesquisa foi delineado com fundamentos nas abordagens quantitativa e qualitativa. Esse estudo foi dividido em duas fases distintas e, ao mesmo tempo, sequenciais, conforme a seguir: a primeira, refere-se aos procedimentos metodológicos do estudo da fase quantitativa. A segunda fase está relacionada aos procedimentos metodológicos da fase qualitativa. Ambas as fases são realizadas em etapas e estágios, conforme descritos nos tópicos seguintes.

3.2.2 Procedimentos metodológicos do estudo quantitativo

O estudo da fase quantitativa visa o alcance dos dois primeiros objetivos específicos delineados na pesquisa. Essa fase subdivide-se em três etapas consecutivas, respectivamente, análise CFA, SEM e AMI para validar o modelo teórico proposto com a escala psicométrica desenvolvida e que mensura os fatores determinantes de maior impacto no desempenho da inovação em uma amostra constituída por profissionais de saúde e da área administrativa no âmbito dos hospitais gerenciados pela APD, OSS e PPP.

3.2.2.1 Etapa 1: análise CFA e AMI

A primeira etapa busca cumprir o primeiro objetivo, que é validar o modelo teórico de mensuração dos fatores determinantes, impactando no desempenho em inovação a partir das concepções da capacidade de inovação em organizações prestadoras de serviços de saúde, por meio da CFA e AMI visando, respectivamente, validar o modelo teórico de mensuração ajustado à amostra do estudo. O desdobramento dessa etapa visa o cumprimento dos seguintes estágios para a sua consecução: definição dos constructos, especificação do modelo proposto, amostra e coleta de dados; verificação da qualidade de ajustamento do modelo teórico; avaliação da confiabilidade e da validade dos constructos; e validação do instrumento psicométrico (MARÔCO, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

O estágio inicial envolveu a revisão teórica para a definição e adaptação dos constructos formados pelas variáveis latentes e itens manifestos. A partir disso, adotou-se a escala psicométrica *Likert*, de reação do tipo discordo-concordo. Em seguida, formatou-se um instrumento de coleta de dados do tipo questionário para submetê-lo à validade de conteúdo por julgamento qualitativo de especialistas da área de saúde e, na sequência, foi realizado um pré-teste para purificar as medidas antes da aplicação do Instrumento propriamente dito (MARÔCO, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

O segundo objetivo visou medir os fatores determinantes de maior impacto no desempenho em inovação dos hospitais, a partir do modelo teórico validado. Um diagrama visual do modelo é apresentado para demonstrar os itens, variáveis latentes e a relação entre essas construções para verificar o atendimento aos pressupostos da CFA, visando o alcance da melhor qualidade de ajustamento possível na avaliação do modelo (MARÔCO, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

Os pressupostos teóricos da CFA estão relacionados com a natureza, unidimensionalidade e o tipo de identificação dos constructos, os quais são observados no diagrama visual de caminho. A natureza pode ser do tipo reflexiva, quando as variáveis latentes carregam os itens medidos, ou do tipo formativa, quando ocorrer o contrário; já unidimensionalidade é uma condição teórica que demonstra um conjunto de itens, compartilhando base conceitual, terminológica e relacional com a única variável latente da construção (HAIR *et al.*, 2014).

A classificação do tipo de identificação divide-se em subidentificado, identificado e sobre-identificado, sendo essa última a condição teórica desejável para CFA nessa pesquisa. Os tipos de identificação estão relacionados com o número de variáveis manifestas (variáveis

latentes e itens medidos), por covariâncias na construção, ou seja, o modelo é considerado subidentificado quando os constructos unidimensionais possuem apenas dois itens medidos ou menos e podem impossibilitar a medição do modelo, enquanto o modelo identificado possui constructos com três itens medidos e possibilitará apenas uma solução para ajuste do modelo. Por fim, a construção unidimensional com mais de três itens medidos, que é a condição teórica da CFA desejável para alcançar maior grau de liberdade possível no ajustamento do modelo teórico de medição denominado de sobre-identificado. Assim, busca-se nessa pesquisa identificar e adaptar constructos unidimensionais com mais dados disponíveis das variáveis manifestas do que parâmetros a especificar das covariâncias para alcançar essa condição teórica desejável de sobre-identificado (MARÔCO, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

O terceiro estágio refere-se à produção de resultados empíricos para testar o modelo teórico de mensuração. A princípio, calculam-se os parâmetros da dimensão da amostra necessária para realizar a CFA e SEM, considerando a recomendação de Marôco (2010) e as informações do modelo teórico ajustado nessa pesquisa para adoção da equação (1): $n \geq 50r^2 - 450r + 1100$, onde $r = p/f$; na sequência realiza-se o lançamento e a tabulação dos dados para descrição do perfil da amostra e medidas estatísticas descritivas.

As principais medidas estatísticas descritivas para sumarizar os dados obtidos por meio de escalas psicométricas *Likert* são as de posição e ordenamento. Nesses tipos de escalas as medidas de posição central para análise descritiva dos dados gerados são a média, mediana, desvio padrão e a moda, enquanto que nas medidas de ordenamento são a Curtose e a Assimetria, com essas medidas, pode-se medir a distribuição assimétrica positiva ou negativa, quanto à escala (Discordo) 1 – 5 (Concordo) nessa pesquisa, ou seja, quanto maior o grau de assimetria negativa ($Sk < 0$), maior é a frequência em torno da escala de concordância com as práticas de gestão (itens medidos), que indicam fatores que predispõem a organização a inovar. No entanto, se apresentar um grau de assimetria positivo ($Sk > 0$), significa que o item medido não corresponde a uma prática de gestão percebida ou adotada pelo hospital pesquisado (MALHOTRA, 2001; BRUNI, 2009).

O quarto estágio compreende verificar a qualidade de ajustamento do modelo teórico de mensuração na amostra da pesquisa. Inicia-se pela verificação da normalidade e da significância estatística dos pesos fatoriais. Na sequência, realizam-se ajustes no modelo para alcançar sua melhor qualidade.

A verificação da normalidade, significância estatística e dos pesos fatoriais atenderam aos critérios teóricos de aceitação do CFA e SEM para essa pesquisa. Adotando a recomendação

de Marôco (2010), a normalidade das variáveis é avaliada pelos coeficientes de assimetria e curtose, os quais são considerados aceitáveis com valores de $|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$; avaliar a significância estatísticas dos itens medidos ($p < 0,05$) e eliminação desses que não apresentarem significância estatística ($p > 0,05$), assim como, os pesos fatoriais padronizados considerados ideais ($\lambda \geq 0,70$) e aceitáveis ($\lambda \geq 0,68$), absorvendo que o quadrado desse valor (0,46) é aceitável, o arredondamento para 0,50 e a eliminação dos valores inferiores aos valores minimamente aceitáveis ($\lambda < 0,68$) (MARÔCO, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

A qualidade do ajustamento foi avaliada por meio das principais medidas estatísticas de ajustes para o CFA. Os ajustes necessários para o modelo foram realizados por meio dos índices de modificação e concepções teóricas para obtenção de uma qualidade de ajustamento aceitável para o modelo; e a validade do modelo teórico de mensuração e da adaptação da escala psicométrica da capacidade de inovação em serviços de saúde (MARÔCO, 2010).

Para avaliar a qualidade de ajustamento do modelo, analisaram-se as estatísticas de ajustes obtidas, a partir da saída CFA. Estas são classificadas em medidas absolutas, incrementais e de parcimônia. As medidas absolutas têm como índices o Qui-quadrado (X^2), Graus de liberdade (gl) e o *P-value*. As medidas absolutas são compostas pelos índices do Qui-quadrado normalizado – X^2/gl , RMSEA e o CFI; já as medidas incrementais ou relativas são compostas pelos CFI, TLI e NFI; as medidas de parcimônia referem-se aos índices de parcimônia AGFI, PCFI e PNFI, além das medidas de comparação *Expected Cross-Validation Index* (ECVI) *Modified Expected Eross-Validation Index* (MECVI), para observar a validade do modelo com os constructos ajustados nessa pesquisa, em amostras de possíveis estudos futuros sobre a capacidade de inovação em serviços de saúde (MARÔCO, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

Tais medidas e indicadores estão listados na Tabela 8, com os valores dos níveis de aceitação da qualidade de ajustamento do modelo teórico de mensuração. Para análise dos valores de ajustamento, adotou-se nessa pesquisa a regra de Hair *et al.* (2014), a qual considera aceitável o ajuste do modelo teórico de mensuração com, pelos menos, um índice das medidas absolutas, incrementais e, de forma complementar nessa pesquisa, os índices de parcimônia.

Tabela 8 – Índices de qualidade de ajustamento do modelo

Categorias	Índices de ajustes	Nível de aceitação
Medidas Absolutas	Qui-quadrado (X^2)	-
	Graus de liberdade	> 1
	P-value	> 0,01
	Qui-quadrado normalizado - X^2/df	entre 0 e 3
	Raiz do erro quadrático médio aproximado – RMSEA	< 0,08
	Índice da qualidade de ajuste – GFI	> 0,9
Medidas Incrementais	Índice de ajuste comparativo – CFI	> 0,9
	Índice de ajuste Tucker-Lewis – TLI	> 0,9
	Índice de ajuste normalizado – NFI	> 0,9
Medidas de Parcimônia	Índice de adequação ajustado – AGFI	> 0,6
	Índice de parcimônia comparativo – PCFI	> 0,6
	Índice de parcimônia normalizado – PNFI	> 0,6
Medidas de comparação	Índice de validação cruzada esperada - ECVI	Quanto menor, melhor
	Índices de validação cruzada esperada modificada – MECVI	

Fonte: Informações consolidadas, a partir de Marôco.(2010) e Hair *et al.* (2014).

A partir da aceitação da qualidade do ajustamento do modelo, segue-se para o quinto estágio, o qual compreende avaliar a confiabilidade e a validade dos constructos. A medida de confiabilidade adotada nessa pesquisa foi a *Composite Reliability* ou termo traduzido para Confiabilidade Composta dos Constructos (CR); enquanto a validade do modelo teórico pode ser realizada por meio da validade de conteúdo operacionalizado no primeiro estágio da pesquisa e da validade dos constructos dos modelo teóricos formados pelo componente da validade convergente, medidos por meio da *Average Variance Extracted* ou termo traduzido para Variância Extraída Média (AVE) e da validade discriminante obtida pela avaliação do AVE de cada fator com a correlação quadrada, entre os fatores determinantes do modelo, assim como, comparar o modelo livre com correlações livres entre os fatores sob estudo com o modelo restrito de correlação entre os fatores fixados em 1 (MARÔCO, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

Os valores de CR, AVE, SIC e da diferença dos X^2 dos modelos livres e restritos são obtidos calculando-os, a partir das seguintes equações e valores de referência:

Tabela 9 – Valores de referência para avaliar a confiabilidade e a validade do modelo

Categories	Medidas	Equações	Valores de referência	Legendas
Confiabilidade	Confiabilidade composta dos constructos (CR)	$CR = \frac{(\sum_{i=1}^n L_i)^2}{(\sum_{i=1}^n L_i)^2 + (\sum_{i=1}^n e_i)}$	$CR \geq 0,7$ – Boa confiabilidade	O “n” refere-se ao número de itens medidos, enquanto o “ L_i ” são os pesos fatoriais padronizados e “ e_i ” os erros de cada item.
Validade convergente	Variância extraída média (AVE)	$AVE = \frac{\sum_{i=1}^n L_i^2}{n}$	$AVE \geq 0,5$ - Adequada	“r” = correlação estandardizada entre os fatores.
Validade discriminante	Quadrado da correlação entre fatores (SIC_{Fator}) Diferença significativa do $\Delta X^2_{(gl_R - gl_L)} = X^2_R - X^2_L$ $X^2_{Livre} \neq X^2_{Restrito}$	$SIC_{Fator} = r^2$	$AVE > SIC_{Fator}$ - Possui validade discriminante $X^2_{Livre} \neq X^2_{Restrito}$ - Possui validade discriminante	“L” refere-se ao modelo Livre e “R” ao modelo Restrito.

Fonte: Informações consolidadas, a partir de Marôco (2010) e Hair *et al.* (2014).

O sexto e último estágio dessa etapa, consiste em validar o instrumento psicométrico ajustado para a realidade serviços de saúde, por meio da AMI. Essa análise visa verificar se a estrutura fatorial do instrumento psicométrico do modelo de mensuração, ajustado para aplicação nas organizações prestadoras de serviços de saúde dessa pesquisa, apresenta invariância entre dois grupos de observações distintas (HAIR *et al.*, 2014).

Nesse sentido, verifica-se se o modelo conscrito com pesos fatoriais, interceptos variâncias/covariâncias fixas para os grupos 1 e 2 não diferem significativamente, quando comparados com o modelo com parâmetros livres, conforme descrito por Marôco (2010). Para isso, deve-se verificar a aceitabilidade do modelo ajustado para os dois grupos, de acordo com os índices da Tabela 10, assim como, demonstrar os critérios de aceitabilidade da invariância ($p > 0,05$ nos três modelos conscritos) da estrutura fatorial do modelo teórico da capacidade de inovação ajustada para os serviços hospitalares nessa pesquisa.

Tabela 10 – Critérios de aceitabilidade da invariância

Modelos conscritos	ΔX^2	Δgl	X^2/gl	Significância estatística
Pesos fatoriais				
Interceptos	-	> 1	0 a 3	$p > 0,05$
Variância/covariância				

Fonte: Adaptado de Marôco (2010).

Para a realização dessa análise, adotou-se a descrição de Marôco (2010, p. 289) para a definição dos grupos e do formato da estrutura fatorial do modelo. Os grupos dessa análise

representam a subdivisão da amostra geral em duas aleatórias (Grupo 1 e 2) e, para confirmar a consistência desses resultados, repetiu-se a análise em três pares de amostras aleatórias distintas criadas por meio do SPSS. O formato do modelo teórico de mensuração, objeto dessa pesquisa, apresenta fatores determinantes de efeito diretos, indiretos e moderados no desempenho em inovação de serviço e de processo, sendo os dois primeiros impactando nos fatores e no desempenho em inovação, enquanto fatores de efeitos moderadores (OR e GP), apenas na relação entre os fatores CP e GT com o desempenho em inovação, por isso, são analisados na AMI e na SEM separadamente para minimizar os efeitos da complexidade dos efeitos moderadores nessas análises.

3.2.2.2 Etapa 2: análise SEM e AMI

Essa etapa visa o cumprimento do segundo objetivo por meio da SEM e AMI para identificar os fatores que refletem o desempenho em inovação na pesquisa. Para o desenvolvimento dessa etapa, seguem-se os seguintes estágios: avaliar a qualidade de ajustamento do modelo estrutural; testar as hipóteses das relações entre os fatores de efeito direto, indireto e de moderação do modelo estrutural; e avaliar a invariância estrutural do modelo teórico e respectivos fatores determinantes e resultantes.

O primeiro estágio dessa etapa consistiu em avaliar se a qualidade de ajustamento do modelo estrutural foi verificada pelos índices da Tabela 8. Em princípio, avaliou-se a amostra geral do modelo estrutural SEM de efeito direto, indireto e, em seguida, o modelo estrutura com fatores de efeito moderador com o desempenho em inovação, conforme descrito por Marôco (2010).

No segundo estágio avaliam-se as hipóteses das relações entre os fatores por meio da significância estatística ($p < 0,005$). Os resultados dos pesos padronizados e da significância estatísticas foram tabulados para verificar se as hipóteses teóricas são suportadas na amostra sob estudo, assim como, a análise dos efeitos diretos e indiretos e o percentual da força de explicação (R^2) do modelo estrutural (MARÔCO, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

No terceiro estágio buscou-se avaliar a invariância do modelo estrutural nos modelos de gestão do tipo APD, OSS e PPP, assim como, simulou-se essa análise para verificar a invariância fora da amostra. A princípio, verificou-se a qualidade de ajustamento configurado aos três tipos de modelos de gestão e, na sequência, avaliou-se o modelo estrutural não conscrito (pesos fatoriais e variâncias/covariâncias livres dos fatores livres) com modelos conscritos

fixados pelo sistema AMOS e, por fim, avaliou-se o modelo com os coeficientes estruturais livres com fixos e iguais aos três modelos de gestão e fora da amostra considerou dois grupos (1 e 2), desenvolvidos para três amostras aleatórias, criadas no subitem 4.1.6 (MARÔCO, 2010; HAIR *et al.*, 2014).

O quarto estágio consistiu em verificar a diferença significativa nas relações estruturais entre os modelos de gestão. Isso foi avaliado por meio do teste Z (*critical ratio*), conforme valores dispostos na Tabela 34, do APÊNDICE F, calculado diretamente pelo Amos para comparação dois a dois, considerando significativamente diferente ($p < 0,05$), quando $|Z| > 2,170$, para nível de confiança de 97% e alfa ($\alpha < 0,03$).

3.2.3 Procedimentos metodológicos da fase qualitativa

O desenvolvimento da fase qualitativa visa cumprir o terceiro objetivo específico para minuciar a dinâmica organizacional. Essa fase é composta da primeira etapa, utilizando-se as técnicas de mineração de texto com apoio do sistema *Orange* (2013) que, por sua vez, subsidia a segunda etapa, relacionada ao uso das técnicas de codificação da *Grounded Theory*, com apoio do sistema *R-based qualitative data analysis* (RQDA), visando minuciar a rede de relacionamento entre categorias e subcategorias nessa dinâmica.

A amostra foi levantada, a partir da realização de entrevistas com os gestores posicionados nos mais altos postos de decisão, verificados nos organogramas dispostos no ANEXO B. O roteiro de entrevistas foi elaborado e submetido à validação por pesquisadores do Grupo de Pesquisa Observa Política Pública e realizado pré-teste com um gestor hospitalar para garantir fidedignidade, validade e confiabilidade dos procedimentos e dados coletados. (APÊNDICE G) (GIL, 2009; YIN, 2010).

O procedimento para a realização das entrevistas envolveu solicitação e aprovação de autorização, junto à direção do hospital, com a indicação dos gestores convidados para participarem da pesquisa. A participação estava submetida a aceitação do participante com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), com gravação do áudio da entrevista e transcrição para realização da análise qualitativa nas etapas seguintes.

3.2.3.1 Etapa 1: técnicas de mineração de texto

Essa etapa visava analisar e confirmar a classificação das entrevistas por hospital e identificar possíveis categorias para guiar a segunda etapa dessa fase, por meio do sistema *Orange*. Desdobrou-se essa etapa nos seguintes estágios: limpeza e identificação dos dados, formatação numa estrutura de dados organizados (tokenização), visualização geral dos dados com *word cloud*, normalização, agrupamento hierárquico das entrevistas, tratamento das palavras relevantes, agrupamento hierárquico dos *tokens* de palavras relevantes.

A limpeza e identificação dos dados envolveu, respectivamente, retirada da fala do entrevistador para manter apenas a do(a) entrevistado(a) e, em seguida, as entrevistas foram identificadas como um conjunto de documentos compondo um *corpus* para cada hospital pesquisado. Cada documento representando uma entrevista teve nomenclatura com identificação do nome do hospital, número de ordem, iniciais do cargo de gestão e do(a) entrevistado(a), de forma a preservar o sigilo e garantir o anonimato, sendo agrupados no *corpus* respectivo, em um arquivo com subpastas rotuladas com o nome dos hospitais que, por sua vez, agregou esse *corpus* em um arquivo único, denominado nessa pesquisa como *Docs interviews_WordCloud*, disponível na base do *Github* (*link* de acesso no APÊNDICE L).

Para utilizar a técnica de mineração de texto na análise do *corpus*, foi necessário formatá-lo em uma estrutura de dados organizados, por meio da tokenização. Esse processo consistiu em dividir os textos (documentos) em linhas, representadas por uma palavra. Isso possibilitou quantificar as informações relevantes no documento, por meio da frequência das palavras importantes, calculadas pela estatística do *Term frequency - Inverse Document Frequency* ou a tradução para Frequência do Termo – Frequência Inversa do Documento (tf-idf), a qual, permite medir a importância desses termos, em um documento no *corpus*, para verificar o agrupamento dos documentos e das palavras mais relevantes.

A princípio, os documentos foram refinados para tokenização no sistema *Orange* (2013) com o *widget Preprocess Text*¹ com o seguinte fluxo de trabalho: transformação dos dados de letra maiúscula para minúscula, remoção de acentos *urls*, identificação e análise dos textos de *tags html*; tokenização com *Regex* para dividir o texto em partes menores, por palavras padrão no *corpus*; normalização aplicando a lematização às palavras, utilizando o *Snowball Stemmer*, em textos de idioma não inglês; e a filtragem para remover os *stopwords* a partir da lista de

¹ *Preprocess Text* tutorial disponível: <https://orangedatamining.com/widget-catalog/text-mining/preprocesstext/>

palavras irrelevantes geradas nessa pesquisa, disponível na base do *Github* (*link* de acesso no APÊNDICE L).

Isso possibilitou comparar as diferenças para confirmar a necessidade de normalização dos dados e, em seguida, calcular a estatística do *tf-idf* com o *widget bag of word*². Para a realização desse fluxo de trabalho, aplicaram-se os seguintes parâmetros: *Term Frequency* com o *Count* – contagem da ocorrência dos termos e no *Document Frequency* com o *IDF* – calcular a frequência inversa do documento.

O resultado dos fluxos de trabalho do *Preprocess Text* com o *Bag of Words* produz uma nuvem de palavras (*tokens*) para visualização desses termos de maior peso (frequência) numa lista ordenada, sem lematização e com lematização para visualização das frequências dos *tokens* de palavras. O *widget Word Cloud*³ possibilita monitorar os efeitos das diferenças do *Preprocess Text* com ou sem lematização, assim como, identifica e elabora a lista de *stopwords* e, especialmente, classifica as 100 palavras de maior peso no *corpus* para confirmar a classificação das entrevistas dos gestores (documento) por hospital (*corpus*) estabelecidos, inicialmente, pelo vínculo e identifica as que não se classificam para excluí-las da análise das fases de codificação seguintes.

Assim como no agrupamento de palavras, a classificação por agrupamento de texto precede o cálculo da distância entre as linhas representadas pelos *tokens* de palavras. Esse processo é realizado pelo *widget Distances*⁴ com a aplicação dos seguintes parâmetros: *Distances between - Rows* para medir as distâncias entre as linhas e *Distance Metric – Cosseno* por funcionar melhor com *corpus* de documentos textuais.

Após calcular a distância do cosseno entre os documentos do *corpus*, analisa-se o dendrograma resultante do agrupamento hierárquico. Para tanto, utilizou-se o *widget Hierarchical Clustering*⁵ com os seguintes parâmetros: *Linkage* com *Word* por apresentar melhor resultado para medir a distância entre os *clusters*, *annotation* com *name* para rotular os “nós” do dendrograma, *pruning* utilizando-se o padrão *none* como profundidade máxima do dendrograma e o *Selection* com *Top N* para selecionar o número de *clusters* que melhor representa os dados.

² *Bag of Words* tutorial disponível: <https://orangedatamining.com/widget-catalog/text-mining/bagofwords-widget/>

³ *Word Cloud* tutorial disponível: <https://orangedatamining.com/widget-catalog/text-mining/wordcloud/>

⁴ *Distances* tutorial disponível: <https://orangedatamining.com/widget-catalog/unsupervised/distances/>

⁵ *Hierarchical Clustering* tutorial disponível: <https://orangedatamining.com/widget-catalog/unsupervised/hierarchicalclustering/>.

Esse procedimento possibilitou observar o agrupamento dos *clusters* para confirmar a classificação dos documentos (entrevistas) por *corpus* (hospital). Foram adotados os mesmos processos e parâmetros desses *widgets* para verificar *clusters* e formar categorias, a partir do agrupamento de documentos formados pelos *tokens* de palavras lematizadas, para formar um *corpus* dos *tokens* de maior relevância.

Para definir os *tokens* de maior relevância foram aplicados os critérios de alta ou baixa relevância na classificação das 100 palavras lematizadas, de maior peso no *corpus* geradas anteriormente pela nuvem de palavras. Considera-se como de alta relevância, as palavras derivadas do radical dos *tokens* de palavras lematizadas, com significados similares no contexto, triangulando em pelo menos três documentos (entrevistas) no *corpus*. Considera-se como de baixa relevância, as palavras derivadas dos *tokens* lematizadas com significados diversos ou insuficientes no contexto das entrevistas para triangulação das fontes, impossibilitando, assim, a triangulação.

A formação desses documentos foi desenvolvida nessa pesquisa com um *workflow* específico no sistema *Orange* (2013), que é utilizado para cada palavra identificada como relevante. Os *widgets* utilizados nesse processo não exigem muitos parâmetros como os anteriores que exigiam: *Concordance*, *Data Table*, *Word List*, *Concatenate*, *Select columns*, *Corpus* e *Save*.

Com a importação e processamento das entrevistas realizadas com os *widgets* e parâmetros já delineados, segue com os *Concordance*⁶ e *Data Table*⁷, os quais permitem consultar a palavra específica para exibi-la no contexto em que são utilizadas nas entrevistas; o primeiro *Data Table* recebe do *Concordance*, os dados da palavra selecionada para visualizar a palavra no contexto e nos documentos vinculados e o segundo apresenta as linhas representando os contextos como um só documento.

O *Word List*⁸ é o *widget* utilizado nessa pesquisa para agregar em um só documento as linhas, representando cada contexto em que as palavras aparecem nos diversos documentos. Esse processo tem os seguintes parâmetros: *Library* mantém o *untitled 1*, no *input word variable* selecionar *Conc.* mais a palavra selecionada e no *input update* selecionar *only input* para limpar a entrada e manter somente as linhas com os contextos das palavras selecionadas.

⁶ *Concordance* tutorial disponível: <https://orangedatamining.com/widget-catalog/text-mining/concordance/>.

⁷ *Data Table* tutorial disponível: <https://orangedatamining.com/widget-catalog/data/datatable/>.

⁸ *Word List* sem tutorial no site oficial do *Orange Data Mining*, apresentando-se na Figura 27 do APÊNDICE I os parâmetros aplicados conforme descrição na metodologia.

Na sequência, utilizou-se o *widget Concatenate* para mesclar verticalmente as derivações das palavras lematizadas em um único conjunto de dados. Para o *Concatenate*⁹ seguiram-se os seguintes parâmetros: na *Variable Merging* selecionou-se a *all variables that appear in input tables* e sem marcação para a *Source Identification*.

Para gerar o arquivo no formato *txt*, o qual permite a leitura e a análise do dendrograma adotaram-se os seguintes *widgets Select Colums, Corpus* e *Save*. O *Select Colums*¹⁰ foi usado para definir manualmente o atributo para formar o *corpus*, com isso, aplicou-se o parâmetro selecionar *Word* para o *Atributo Meta* e ignoraram-se as demais. Assim, formou-se no *Corpus*¹¹ gerado dos dados processados mantendo o parâmetro padrão do *Used text features*; com o *Save*¹² os dados desse *corpus* foram salvos em um arquivo *csv*, com o nome da palavra selecionada e, por falta de parâmetro no sistema, alterou-se cada arquivo de palavra na pasta salva do formato *csv* para *txt*.

Com os arquivos de palavras gerados é utilizado o *Workflow* para agrupamento de textos. O dendrograma produzido permite identificar e analisar o número apropriado de *clusters* que fazem sentido para essa pesquisa e nomeá-los, verificando-se a correspondência das palavras agrupadas em seus respectivos contextos. Com isso, evidenciando categorias que emergem desses dados textuais para guiar a próxima etapa.

3.2.3.2 Etapa 2: técnicas de codificação

A segunda etapa consistiu na análise em profundidade dos dados (entrevistas), por meio das técnicas de codificação fundamentadas no método *Grounded Theory* (CORBIN; STRAUSS, 2014). Essa análise desdobrou-se nos estágios de codificação aberta, axial e seletiva para criação de códigos que subsidiam a formação de subcategorias associadas às categorias. Confirmadas as entrevistas que fazem parte da amostra na etapa de mineração de texto, essas foram analisadas e reanalisadas nos procedimentos de codificação e classificadas em subcategorias e categorias. Para isso, utilizou-se como orientação a metodologia adotada por Bandeira de Mello e Cunha (2003) e a rotulação, elaboração de notas, memorandos, classificação das subcategorias em categorias e plotagem dos *Graphs*, ilustrando os diagramas da rede de relacionamentos, realizados com apoio do RQDA (HUANG, 2018).

⁹ *Concatenate* tutorial disponível: <https://orangedatamining.com/widget-catalog/data/concatenate/>.

¹⁰ *Select Colums* tutorial disponível: <https://orangedatamining.com/widget-catalog/data/selectcolumns/>.

¹¹ *Corpus* tutorial disponível: <https://orangedatamining.com/widget-catalog/text-mining/corpus-widget/>.

¹² *Save* tutorial disponível: <https://orangedatamining.com/widget-catalog/data/save/>.

O procedimento de codificação aberta explorou em profundidade as entrevistas realizadas nos hospitais, *locus* da pesquisa, por modelos de gestão. Essa primeira etapa consistiu na leitura para quebrar o texto em partes e codificá-lo por meio da rotulação *in vivo*. Na sequência, foram reanalisados, por meio da microanálise, para formação e validação das subcategorias.

As subcategorias são validadas com os procedimento de microanálise, quando confirmadas a sua associação a pelo menos três entrevistas por hospital. Isso possibilita reanalisar as citações codificadas anteriormente e reclassificá-las em padrões de ocorrência por homogeneidade, considerando o contexto do(a)s respondentes. Assim, documentam-se os resultados dessa microanálises na anotação correspondente, registrando as notas, características da homogeneidade, relações associativas e validação por triangulação das fontes.

Na definição das categorias, as citações e as microanálises dessas subcategorias geradas são reanalisadas para verificar se classificam nas categorias emergidas na etapa de mineração de texto e/ou identificar, nessa etapa, novas categorias. Os resultados dessa etapa são registrados em memorandos com as propriedades, dimensões, associações, subcategorias e o conceito-chave da categoria.

A codificação axial reanalisa as anotações de microanálise e memorandos para testar os relacionamentos identificados na codificação aberta. Essa análise observou a associação das subcategorias com as categorias pela homogeneidade das informações no contexto apresentado pelos gestores, evidenciando ocorrências, ações e eventos relacionados às categorias, impactando como causa ou evento.

Os relacionamentos identificados na codificação axial são testados nos dados, a partir da reanálise das citações rotuladas. Esse procedimento lança as hipóteses de relacionamentos indicadas nas anotações e memorandos com reanálise das citações no contexto das entrevistas para confirmá-las em pelos menos três fontes por hospital.

Com a codificação abstrata dos dados em subcategorias e a confirmação e/ou emergindo outras categorias, segue-se para identificação da categoria central. A centralidade é verificada quando uma categoria consegue integrar com todas ou com a maioria das categorias emergida nos dados. Para tanto, reanalisam-se as propriedades, dimensões, associações, subcategorias e conceitos-chave registrados no memorando para confirmar a categoria central.

Na codificação seletiva, também se verifica a força das categorias e a estabilidade dos relacionamentos propostos nas anotações e memorandos registrados nos estágios de codificação anteriores, para confirmar ou não a validação por triangulação das fontes (respostas por

entrevistado e respectiva unidade de saúde). A análise de verificação consiste em retornar aos dados para revistar o registro desses documentos e confrontá-los com as citações rotuladas.

Os resultados dos procedimentos de codificação e a identificação da categoria central, integrados com as demais categorias, permitem inferir a fundamentação empírica da rede de relacionamentos. Essa inferência possibilita analisar a relação das subcategorias com categorias comuns e destacar as que são específicas a cada modelo de gestão.

Isso torna possível explicar as relações de causa e efeito, assim como demonstrar a correlação entre as categorias. A confirmação desses tipos de relações comparativas entre hospitais e seus respectivos modelos de gestão contribui para aprofundar a minúcia da dinâmica organizacional envolvendo a relação entre os fatores determinantes com desempenho em inovação.

Na análise das relações comparativas foram configurados os diagramas de relacionamentos entre as categorias, por meio de subcategorias. Foi elaborado um diagrama para cada hospital, representando um modelo de gestão, destacando-se as categorias e subcategorias comuns e diferenciando por cores as subcategorias específicas evidenciadas.

A rede de relacionamento evidenciada nos estágios anteriores de codificação demonstra a minúcia da dinâmica organizacional, detalhando categorias e relacionamentos que vão além dos fatores determinantes e resultantes da capacidade de inovação. Assim, nessa pesquisa ampliou-se a fundamentação teórica para configurar uma proposta conceitual da dinâmica de inovação em serviços de saúde, para compreender como se manifesta a relação entre os fatores determinantes, como o desempenho em inovação de serviços e processos nos hospitais, contrastando-os com os resultados obtidos na fase da análise qualitativa.

Fez-se necessária a configuração de um diagrama do relacionamento, destacando-se todas as categorias comuns e específicas, com suas respectivas subcategorias. Esse diagrama possibilitou contrastar as categorias dos modelos de gestão dos hospitais com o modelo teórico da capacidade de inovação e da dinâmica de inovação em serviços de saúde, objetivando verificar convergências e avanços teóricos.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS E LIMITAÇÕES DA PESQUISA

3.3.1 Aspectos éticos

Esta pesquisa obedeceu às recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, encontrando-se apensado a essa pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme disposto no APÊNDICE B. O desenvolvimento da pesquisa nos hospitais foi devidamente autorizado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e respectivas diretorias, sendo submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa.

O projeto encaminhado ao Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia foi apreciado e devidamente aprovado por meio do Parecer nº 3.351.017 de 27/05/2019. Após aprovação pelo referido Comitê e pela banca de qualificação do NPGA/UFBA, iniciou-se a coleta de dados. No TCLE são informados os propósitos gerais da pesquisa, riscos, benefícios e mecanismos de minimização dos riscos possíveis.

3.3.2 Limitações nos atos preparatórios da coleta de dados

As principais limitações dessa pesquisa estão relacionadas às autorizações condicionadas à nova submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa de cada hospital, solicitações de alterações e limitações impostas ao estudo. Além disso, houve requerimentos indeferidos ou não respondidos, especificamente em relação aos modelos de OSS (05) e PPP (01). Os documentos colacionados no ANEXO C demonstram a formalização dos requerimentos referentes às limitações descritas a seguir.

Apesar dessa pesquisa ter sido devidamente autorizada pela SESAB e aprovada pelo seu Comitê de Ética e Pesquisa para realização na sua rede de hospitais, variadas condições das unidades de saúde dentro e fora da Rede de Atenção a Saúde do Estado da Bahia, tornaram-se desafiadores aos atos preparatórios da coleta de dados. Exigências de reavaliação do projeto de pesquisa nos Comitês de Ética e Pesquisa locais e obstáculos ou recusa na obtenção de autorização para realizar a coleta de dados, principalmente nas organizações gerenciadas por OSS, centralizam as principais limitações à pesquisa nessas unidades de saúde e indicam a pouca adesão desses hospitais às atividades de pesquisa.

Em que pese o apoio da SESAB e o esforço, desgaste, dispêndio de tempo e recursos do pesquisador na tentativa de obter autorização para a realização dessa pesquisa, obteve-se êxito

no HGESF (APD), na OSID (OSS) e no ICOM (PPP) que demonstraram, por meio de suas diretorias, comprometimento, apoio e agilidade nos procedimentos internos de autorização. Nesses Hospitais obteve-se acolhimento, orientação, disponibilidade de um responsável para apresentação do pesquisador aos setores e disponibilização de informações de gestão com transparência, competência e responsabilidade. Salientem-se que estes Hospitais que participaram da pesquisa possuem Termos de Adesão com a Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (InovarH), tendo a OSID representação no Comitê Gestor da Rede InovarH, como representante das OSS.

3.3.3 Limitações e observações durante a coleta de dados

As organizações pesquisadas demonstraram excelente receptividade pelos Dirigentes, chefias, funcionários, empregados e colaboradores, disponibilizando informações e todo o apoio necessário à execução da pesquisa. Foram identificadas poucas limitações relacionadas a indisponibilidade/recusa de alguns possíveis entrevistados para participar da pesquisa como respondente, assim como para dar informações contributivas e prestar esclarecimentos. Os principais motivos relatados estão dispostos por unidade hospitalar, quanto às limitações e observações registradas pelo pesquisador durante a coleta de dados e as visitas aos respectivos locais.

O Instituto Couto Maia (ICOM) é gerenciado por uma PPP. É um hospital secular, de ensino e pesquisa, especializado em doenças infecciosas e parasitárias, localizado no bairro de Cajazeiras em Salvador, apresenta um ambiente organizado, uma gestão profissionalizada e constituída por profissionais dispostos a participar e a colaborar com a pesquisa. Além disso, possui infraestrutura e equipamentos novos e outros conservados. Este hospital apresentou menor número de recusa para participar da pesquisa, sendo estas concentradas nos profissionais da área médica, alegando a falta de conhecimento para responder ao questionário e a falta de reconhecimento das inovações desenvolvidas, assim como, uma contribuição foi relatada sugerindo alteração da escala de reação do questionário (1-não existe; 2-existe pouco; 3-existe razoavelmente; 4-existe muito; 5-existe com certeza) que, por sua vez, será objeto de reanálise em pesquisa futuras.

A segunda unidade de saúde pesquisada foi da Administração Pública Direta (APD), o Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGESF). É também um hospital de ensino, possui unidade de emergência, é de grande porte e está localizado no bairro do Pau Miúdo, em

Salvador. O pesquisador teve uma excelente recepção e apoio da Diretora Geral para apresentação e incentivo aos trabalhadores para participarem da pesquisa. Os profissionais da área de enfermagem apresentaram maior indisponibilidade para participar da pesquisa, especialmente no período noturno, justificando falta de tempo no horário de plantão, questionários com muitas questões e, até mesmo, alegando descontentamento com a unidade de saúde, também, um(a) diretor(a) não disponibilizou agenda para participar das entrevistas. Apesar disso, muitas observações contributivas foram relatadas como elogios relacionados a forma interativa e convidativa dos quesitos, levando alguns respondentes a declarar desejo em conhecer os resultados dessa pesquisa.

A terceira unidade de saúde participante dessa pesquisa é do modelo OSS e pertence às Obras Sociais Irmã Dulce (OSID). O Hospital Santo Antônio faz parte do Complexo OSID e se localiza no bairro de Roma em Salvador, onde são desenvolvidas as principais atividades da OSID. Na oportunidade foi possível evidenciar a importância e magnitude das Obras Sociais Irmã Dulce, sua missão institucional e a filosofia de ajudar aos necessitados. Apesar do apoio da Superintendência e das Diretorias, a recusa para participar da pesquisa foi ampla, em todas as equipes de profissionais de saúde, com maior ênfase na área médica e nutrição, justificando ter indisponibilidade de tempo, desconhecimento sobre temas relacionados a gestão e inovação e falta de autorização imediata da liderança do setor. Por sua vez, as contribuições observadas referem-se ao ajuste do questionário no que diz respeito ao hospital como unidade de análise, tendo em vista que outras atividades, além dos serviços hospitalares, são desenvolvidas pela OSID, assim como a solicitação de apresentação dos resultados da pesquisa na OSID.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados empíricos produzidos nessa pesquisa formaram dois Bancos de Dados (BD)¹³ para análises quantitativas com a CFA, SEM e AMI e qualitativa, utilizando as técnicas de mineração textual, codificação aberta, axial e seletiva. Com a aplicação dos questionários e entrevistas é composto um BD capaz de subsidiar as análises para validação do modelo teórico de mensuração e do instrumento psicométrico. Em seguida, realiza-se a análise por meio da SEM para verificar as hipóteses suportadas nas relações estruturais e revelar os fatores que refletem o desempenho em inovação de serviço e de processo nos hospitais gerenciados pelos três tipos de gestão. Por fim, apresenta-se a minúcia da dinâmica organizacional relacionada às essas hipóteses confirmadas.

A partir dos dados descritivos da amostra, caracteriza-se o seu perfil, evidenciando uma atuação multiprofissional, majoritariamente feminina, inclusive, nos cargos estratégicos e de gestão, e vínculo contratual regulamentado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Estas características presentes nos profissionais das áreas de saúde (Tabela 24) e administrativa (Tabela 25) reforçam os aspectos intrínsecos do caráter multiprofissional no desenvolvimento de atividades especializadas e complexas, que é a produção e a entrega dos serviços de saúde. A predominância da atuação feminina é uma tendência no setor saúde (Tabela 26) e a ênfase na contratação regida pelas normas da CLT, é encontrada inclusive, no HGESF (APD), reforçando a predominância desse tipo de contratação, apesar de regulação específica do Direito Administrativo (BARBOSA; GADELHA, 2012; ALMEIDA, 2017; TWENEBOAH; ANNING-DORSON; BOADI NYAMEKYE, 2018).

4.1 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO PROPOSTO

A validação do modelo teórico de mensuração proposto cumpriu o primeiro objetivo para validar o modelo teórico de mensuração da capacidade de inovação em organizações prestadoras de serviços de saúde, que foi realizado, respectivamente, por meio da CFA e AMI. Os resultados dessas análises na amostra geral, formada pelas três unidades hospitalares, e aleatórias indicam qualidade de ajustamento (Tabela 12), confiabilidade e validação discriminante (Tabelas 13, 31, 32 e 33) e validação multigrupo da invariância (Tabelas 14 e

¹³ Ressalta-se que os dados quantitativos e qualitativos foram tratados e analisados, respectivamente, em 2020 e 2021, conforme informado nas tabelas, quadros e ilustrações apresentados nos resultados.

15), adequada para o modelo teórico ajustado e o instrumento psicométrico consubstanciado no questionário (APÊNDICE C).

Os resultados da validação, por meio da CFA, demonstram a definição dos constructos; a especificação do modelo teórico; a amostra e a coleta de dados; a avaliação da qualidade do ajustamento do modelo teórico; confiabilidade e validação dos constructos do modelo teórico; e, por meio da AMI, a validação do instrumento psicométrico.

4.1.1 Definição dos constructos

A partir da revisão sistemática da literatura sobre a capacidade de inovação, embasada nos constructos latentes do modelo teórico proposto nessa tese, são selecionadas e adaptadas as escalas psicométricas para os serviços de saúde. Esses constructos são formados pelas relações entre as variáveis latentes e os itens medidos, os quais correspondem, respectivamente, aos dois elementos conceituais da capacidade de inovação: fatores determinantes e fatores resultantes (variáveis latentes) mensurados mediante as práticas de gestão identificadas nas organizações pesquisadas (itens medidos).

Tais variáveis latentes e itens medidos foram revisados, quanto à terminologia aplicável aos ambientes organizacionais gerenciados pelos modelos APD, OSS e PPP, na prestação de serviços de saúde desenvolvidos pelos hospitais pesquisados. A partir dessa revisão, seguiu-se com a exclusão de um item¹⁴, não aplicável aos serviços de saúde e a inclusão de outros¹⁵ relacionados à inovação de serviços e processos fundamentados no conceito e tipos de inovação em serviços de saúde.

Na sequência utilizou-se a escala *Likert* de 5 pontos e a definição das siglas para os fatores determinantes e resultantes (variáveis latentes) e as práticas de gestão relacionadas aos constructos desses fatores (itens medidos). Conforme disposto no questionário do APÊNDICE C, o tipo de escala *Likert* entre 1 a 5 com 1 – Discordo Totalmente, 2 – Discordo Parcialmente, 3 – Nem Concordo e Nem Discordo, 4 – Concordo Parcialmente e 5 – Concordo Totalmente; os nove fatores e os 65 itens foram delineados como fatores determinantes da Intenção Estratégica de Inovar (IE), com itens de IE01 a 07; Liderança Transformadora (LT), com itens de LT01-07; Organicidade da estrutura organizacional (OR), com itens de OR01-09; Gestão

14 Excluído da escala o item A01IE01 – Aperfeiçoamento de fornecedores ou desenvolvimento de novas fontes de matérias-primas.

15 Incluídos os itens IP04, IP05 e IS06, conforme disposto no questionário do APÊNDICE C.

estratégica de pessoas (PE), com itens de PE01-10; Conhecimento do paciente (CP), com itens de CP01-08; Gestão estratégica da tecnologia (GT), com itens de GT01-08; Gestão de Projetos (GP), com itens de GP01-05; e como fatores resultantes a Inovação de processo (IP), com itens de IP01-05; e Inovação de serviços (IS), com itens de IS01-06.

Com a realização desses ajustes, o questionário foi submetido à validação por especialistas e contou com a participação de quatro gestores(as) de unidades de saúde na rede SESAB; três pesquisadores(as) da área de saúde e da pesquisadora-orientadora dessa tese. A concordância com as definições do conteúdo dos fatores determinantes e resultantes e dos itens, foram acompanhadas de contribuições, que sugeriram alterações para melhor compreensão dos respondentes, os quais foram consolidados, avaliados e atendidos pelo pesquisador e pesquisadora-orientadora, exceto os contraditórios e os considerados não pertinentes à pesquisa.

Foi realizado o pré-teste do questionário, visando o ajuste das medidas junto a três profissionais voluntários da área de saúde e gestores que desenvolvem suas atividades em diferentes hospitais de Petrolina/PE e excluídos da amostra analisada. As práticas de gestão relacionadas aos itens do questionário obtiveram concordância quanto ao conteúdo e quanto à aplicação nas atividades de saúde e administrativos no ambiente interno das organizações prestadoras de serviços de saúde em termos de clareza, compreensão e fácil relação dos fatores com os itens dos constructos.

4.1.2 Especificação do modelo teórico

A especificação do modelo teórico de mensuração proposto é representada por meio de um diagrama visual de caminho, demonstrando as relações entre os constructos, o que possibilitou verificar no modelo, o atendimento aos pressupostos teóricos da CFA, relacionados à natureza dos constructos, unidimensionalidade e tipo de identificação do modelo que possa garantir maior qualidade de ajustamento. O diagrama visual de caminho demonstra os constructos teóricos, destacando os fatores determinantes e resultantes da capacidade de inovação em serviços de saúde, os quais carregam seus respectivos itens medidos e relacionados às práticas de gestão, conforme disposto na Figura 14, do APÊNDICE D.

A natureza dos constructos identificada no modelo teórico de medição, representada no diagrama, disposto na Figura 14, é do tipo reflexivo. Os sete fatores determinantes e os dois fatores resultantes, mutuamente relacionados, representam as variáveis latentes do modelo e

carregam as práticas de gestão como itens medidos para cada constructo, os quais refletem o desempenho em inovação nas organizações de saúde pesquisadas – hospitais gerenciados pela APD, OSS e PPP.

O diagrama de caminho demonstra que os constructos do modelo teórico, adaptado para aplicação nessa pesquisa, é do tipo unidimensional, pois os itens medidos possuem relação com apenas uma variável latente, para cada constructo, ou seja, o conjunto de práticas de gestão que representa os itens medidos, compartilham uma única base conceitual, terminológica e relacional com um dos fatores determinante e resultante do modelo teórico de medição da capacidade de inovação.

A condição teórica da CFA para um modelo sobre-identificado foi atendida nessa pesquisa. Pode-se observar no diagrama de caminho, disposto na Figura 14, APÊNDICE D, que os constructos unidimensionais carregam, pelo menos cinco e, no máximo dez itens, por fatores determinantes e resultantes, assim, apresentando mais dados disponíveis das variáveis manifestas do que parâmetros a especificar das covariâncias, alcançando assim maior grau de liberdade para ajustamento do modelo teórico de mensuração aplicado nessa pesquisa.

4.1.3 Amostragem e coleta de dados

O tamanho da amostra necessária para realizar a CFA e SEM seguiu as recomendações de Marôco (2010). Assim, para dimensionar o tamanho dessa amostra (n), considerou-se a equação (1) e o número de itens medidos (p), com os fatores determinantes e resultantes (f) do modelo são, respectivamente, 65 itens e nove variáveis latentes que, quando submetidos aos cálculos da equação, apresentaram os seguintes resultados:

$$r = p/f, \text{ sendo } r = 65/9 \text{ equivale a } 7,22;$$

$$n \geq 50r^2 - 450r + 1100, \text{ sendo } 50(7,22)^2 - 450(7,22) + 1100;$$

$$\text{O resultado de } 2607,22 - 3.249 + 1100 \approx 459$$

Assim, deve-se obter uma amostra de $n \geq 459$ observações válidas.

A aplicação dos questionários nos três modelos de gestão hospitalar seguiu os protocolos éticos, regras de segurança hospitalar e participação voluntária dos profissionais de saúde e da área administrativa na pesquisa até alcançar saturação nos turnos de trabalho da manhã, tarde e noite. Ou seja, a aplicação do questionário saturou quando nos setores revisitados (duas ou mais vezes) não foi possível localizar novos respondentes e quando os colaboradores declaram não ter interesse em participar da pesquisa ou já tinham respondido o questionário anteriormente.

Os questionários foram aplicados pelo pesquisador, nos períodos devidamente autorizados pelas respectivas direções das organizações pesquisadas entre 12/09 a 14/09/2019 e de 01/10/2019 a 04/10/2019 no HGESF; entre 02/10 à 04/10/2019 no ICOM; entre 12/12 a 19/12/2019 na OSID, nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). Nesse período foi possível obter um total de 469 observações válidas entre profissionais das áreas de saúde e administrativa. Com isso, apresentando uma amostra suficiente para a realização da CFA, AMI e SEM, ou seja, o número de observações válidas coletadas foi maior do que o tamanho necessário de 459.

Iniciou-se a análise com descrição do perfil dos respondentes e as medidas estatísticas descritivas de posição central, em relação à mediana, moda e ordenação, em relação à distribuição assimétrica dos itens medidos pela escala *Likert*. Os dados foram organizados em tabulações cruzadas das frequências absolutas e relativas (percentuais), conforme tabelas dispostas no APÊNDICE E.

O perfil dos respondentes da amostra, caracteriza-se em duas categorias de área: profissionais de saúde e profissionais de função administrativa. A partir das áreas observadas na amostra, busca-se descrever as variáveis relacionadas ao tipo de contrato, grau de instrução, gênero e idade para caracterizar o perfil da amostra obtida nessa pesquisa.

A área relacionada aos profissionais de saúde reforça o caráter multiprofissional do setor, com tradicional ênfase nas profissionais de enfermagem (37%) e medicina (17%). Os dados da amostra dispostos na Tabela 24 (APÊNDICE E) confirmam essas tradicionais profissões de maior frequência, representando para a enfermagem, 37%, e medicina, 17%. Além disso, observa-se uma tendência de maior amplitude desse caráter multiprofissional, quando evidenciou-se a frequência de 14% relacionada às outras profissões da área, não identificadas nas opções de profissões tradicionais do questionário, em seguida, a fisioterapia com 10% do total da amostra.

Na categoria da área função administrativa, observa-se uma tendência ainda mais abrangente do caráter multiprofissional do perfil da amostra. As outras profissões da área administrativa representam a maior frequência de 59% da amostra geral e nas três unidades de pesquisa, em seguida as profissões tradicionais listadas no questionário possuem frequências diferenciadas, como no HGESF a profissão de administrador representa 18%, tecnólogo na área administrativa (14%), advogado e analista de informação (7%) da amostra. Na OSID a profissão de assistente social representa a segunda maior frequência com 19%, seguida de administração

(15%) e tecnologia na área administrativa (11%). Isso pode ser explicado pela natureza social da OSID (Tabela 25 do APÊNDICE E).

O ICOM tem no profissional de administração a segunda maior frequência com 14%, economista (6%), tecnólogo na área administrativa (6%), assistente social (3%) e analista da informação (3%).

Em relação ao vínculo empregatício, o tipo de contrato com maior frequência é o regido pela CLT (59%) para a amostra geral, seguido do vínculo de servidor estatutário (25%), pessoas jurídicas (7%) e contrato temporário (4%). O vínculo para os contratos dos profissionais da medicina é, na maioria, via pessoa jurídica (77%) (Tabelas 24 e 25 do APÊNDICE E).

A partir da análise descritiva do perfil da amostra por grau de instrução, gênero e idade, tem-se que o grau de instrução com maior frequência é a especialização ou residência (50%) e a graduação (31%), totalizando 81%. Predominam o gênero feminino (71%) e a faixa etária entre 31 e 49 anos (65%) da amostra geral (Tabelas 26 e 27 do APÊNDICE E).

Os dados foram submetidos aos cálculos das medidas estatísticas descritivas de posição central e dispersão. As medidas de posição central estão tabuladas na Tabela 28 (APÊNDICE E), as quais demonstram medianas e modas, com tendência de maior frequência para concordância com as práticas listadas nos itens medidos. Além disso, o grau de assimetria negativo com $AS < 0$ em todos os itens confirma uma tendência de distribuição dos dados para as escalas 4 e 5 de concordância.

4.1.4 Qualidade de ajustamento do modelo teórico

O modelo teórico de mensuração da capacidade de inovação ajustado para uma amostra de 469 profissionais das áreas de saúde e administrativa foi avaliado por meio do *software* AMOS. A normalidade dos itens medidos foi avaliada pelos coeficientes de assimetria, curtos e não apresentando fora dos valores de referência $|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$, de acordo com a Tabela 28, enquanto a estrutura fatorial do modelo apresentou índices relativamente aceitáveis para as principais medidas analisadas ($X^2 = 5021,787$, $gl = 1979$, $X^2/gl = 2,538$, $RMSA = 0,057$, $CFI = 0,856$, $MECVI = 11,556$), apesar de adequadas, optou-se por avançar nas modificações e análise dos demais índices de ajuste.

Na sequência, empreendeu-se a análise da significância estatística e dos pesos fatoriais dos itens medidos. Os itens OR06 e OR09 do constructo organicidade da estrutura, organizacional foram eliminados por não apresentarem significância estatística ($p > 0,05$),

assim como, os itens CP01, CP06, CP07, CP08, IE01, IE02, IE05, IE07, IE08, IP05, IS06, OR03, OR04, OR07, OR08, PE01, PE05 e PE06 foram excluídos do modelo por apresentarem pesos fatoriais inferiores aos valores aceitáveis para essa pesquisa ($\lambda < 0,68$), resultando num modelo com 46 itens medidos (Tabela 29 do APÊNDICE F).

Os ajustes no modelo foram realizados por meio da correlação dos erros indicados pelos índices de modificação até a saturação no modelo IV disposto na Tabela 11. Com isso foram correlacionados os erros dos itens medidos dos fatores GP02 com GP03 e o GP04 com GP05; GT02 com GT03, GT03 com GT04, GT04 com GT05 e esse último com GT06; LT02 com LT01 e LT03; PE02 com PE08, PE04 com PE03 e PE10; IP02 com IP04; IS04 com IS03 e IS05.

Tabela 11 – Resultados dos índices de qualidade do ajuste do modelo I a IV

Categorias	Índices de ajustes	Modelos				Nível de aceitação
		I	II 90-30	III 29-15	IV 14-11	
Medidas Absolutas	Qui-quadrado (X^2)	2660,93	2137,37	1960,74	1915,03	-
	Graus de liberdade	1044	949	942	939	> 1
	P-value	0	0	0	0	> 0,01
	Qui-quadrado normalizado – X^2/df	2,549	2,252	2,08	2,039	entre 0 e 3
	Raiz do erro quadrático médio aproximado – RMSEA	0,058	0,052	0,048	0,047	< 0,08
	Índice da qualidade de ajuste – GFI	0,806	0,837	0,849	0,851	> 0,9
Medidas Incrementais	Índice de ajuste comparativo - CFI	0,907	0,928	0,939	0,941	> 0,9
	Índice de ajuste Tucker-Lewis - TLI	0,899	0,922	0,932	0,935	> 0,9
	Índice de ajuste normalizado - NFI	0,856	0,879	0,889	0,891	> 0,9
Medidas de Parcimônia	Índice de adequação ajustado – AGFI	0,782	0,814	0,826	0,828	> 0,6
	Índice de parcimônia comparativo – PCFI	0,839	0,851	0,854	0,854	> 0,6
	Índice de parcimônia normalizado – PNFI	0,792	0,806	0,809	0,809	> 0,6
Medidas de comparação	Índice de validação cruzada esperada – ECVI	6,250	5,131	4,784	4,699	Quanto menor, melhor
	Índices de validação cruzada esperada modificada - MECVI	6,316	5,194	4,850	4,767	

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

O modelo IV apresenta uma qualidade de ajustamento significativamente superior em relação ao modelo original, adaptado para a amostra com $\Delta X^2 (1040) = 3.106,76$ e $p < 0,05$, inclusive, apresentando um MECVI menor, com 4,767 em detrimento de 5,769 e com pesos fatoriais iguais ou superiores a 0,680. Nesse sentido, os índices obtidos na avaliação revelaram uma qualidade de ajustamento e validação fatorial considerados aceitáveis para a amostra desse estudo (Figura 15 do APÊNDICE D).

4.1.5 Confiabilidade e validação

Com a aceitação da qualidade do ajustamento do modelo, procedeu-se a avaliação da confiabilidade e validação dos constructos, por meio da validação convergente e discriminante. Foram realizados os cálculos, a partir dos pesos fatoriais dos itens medidos e os resultados tabulados na Tabela 30 (APÊNDICE F) apresentam valores do CR iguais ou superiores a 0,777, demonstrando boa confiabilidade composta dos constructos, assim como, a AVE apresentou valores iguais ou superiores a 0,537 para os fatores determinantes e a 0,647 para os resultantes, demonstrando assim a validade convergente adequada.

A validade discriminante pode ser obtida por meio da comparação entre o AVE dos fatores com o SIC e da diferença entre os modelos não restritos e restritos. Os resultados da Tabela 12 apresentam valores de AVE superiores aos do SIC nos fatores Conhecimento do Paciente e Gestão de Projetos, assim como, valores próximos da igualdade nas comparações entre GT com IP e IS; IE com LT e OR; OR com IE, LT e PE; IP com GT e IS; e IS com GT e IP.

Tabela 12 – Resultados dos valores de AVE e SIC

Fatores determinantes e resultantes	AVE	Quadrado das correlações (SIC)							
		CP	GP	GT	IE	LT	OR	PE	IP
Conhecimento do paciente	0,589	-							
Gestão de projetos	0,649	0,501	-						
Gestão estratégica da tecnologia	0,584	0,516	0,691	-					
Intenção estratégica de inovar	0,539	0,412	0,542	0,436	-				
Liderança transformadora	0,675	0,309	0,367	0,309	0,702	-			
Organicidade da estrutura org.	0,537	0,334	0,426	0,364	0,555	0,686	-		
Gestão de pessoas para inovação	0,600	0,393	0,584	0,506	0,537	0,616	0,608	-	
Inovação de processo	0,647	0,434	0,624	0,745	0,384	0,265	0,297	0,452	-
Inovação de serviço	0,656	0,440	0,601	0,769	0,404	0,269	0,285	0,424	0,780

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

No que pese os resultados apresentarem valores de AVE próximos e alguns superiores da igualdade aos do SIC, analisou-se o que influenciou tais resultados. Ao analisar os pesos fatoriais, constatam-se valores de boa aceitação dos itens no modelo IV, os quais influenciam positivamente os valores de AVE; contudo, observam-se correlações elevadas ($\geq 0,745$) e estatisticamente significativas entre os fatores (Tabela 30 do APÊNDICE F). Nesse sentido, Marôco (2010) argumenta que tal evidência ocorre em função da existência de um fator latente hierarquicamente superior aos demais. No modelo ajustado para a SEM, nessa pesquisa, tal fator, revela-se no desempenho em inovação, fundamentado teoricamente para interligar os fatores determinantes e resultantes da capacidade de inovação em serviços de saúde.

Para reforçar a validação discriminante, busca-se na segunda condição avaliar a diferença X^2 dos modelos livres e restritos. A correlação entre todos os fatores é significativamente diferente ($p < 0,05$), ou seja, a diferença do X^2 dos modelos livres e restritos são estatisticamente diferentes em todos os fatores (Tabela 32 do APÊNDICE F). Reafirma-se, assim, a validade discriminante dos construtos do modelo ajustado à amostra estudada nessa pesquisa.

4.1.6 Validação do instrumento psicométrico

Validado o modelo teórico de mensuração, prosseguiu-se a validação do instrumento psicométrico por meio da AMI. Para essa avaliação foram criadas três amostras aleatórias, com dois grupos de comparação e números de observações equivalentes, bem como, avaliou-se a qualidade de ajustamento da estrutural fatorial de efeitos direto e indireto e de efeito moderador. Por fim, avaliaram-se se os modelos são invariantes nessas amostras.

Dada a amostra geral com 469 observações válidas, foi possível formar três amostras aleatórias e criar dois grupos de comparação (1 e 2). Formatou-se a amostra I com 249 observações para o grupo 1 e 220 para o grupo 2, a amostra II com 240 para o grupo 1 e 229 para o grupo 2. Por fim, a amostra III com 226 observações para o grupo 1 e 243 para o grupo 2 dessas respectivas amostras aleatórias.

A qualidade de ajustamentos dos modelos, configurados aos dois grupos dessas amostras, foi analisada, tanto quanto a estrutura fatorial dos fatores de efeito direto e indireto, como para os fatores de efeito moderador para o desempenho em inovação em serviços de saúde, conforme ilustradas com os pesos fatoriais padronizados nas Figuras 17 e 18 do APÊNDICE D. De acordo com a Tabela 13, os resultados demonstram uma qualidade de ajustamento em todas as amostras para as estruturas fatoriais avaliadas.

Tabela 13 – Resultados dos índices de qualidade de ajustamento dos modelos

Categorias	Índices de ajustes	Modelo – Fatores de efeito Direto/Indireto			Modelo – Fatores de efeito Moderador		
		Amostra I	Amostra II	Amostra III	Amostra I	Amostra II	Amostra III
Medidas Absolutas	Qui-quadrado (X^2)	2212,64	2234,25	2250,18	47,659	62,005	53,642
	Graus de liberdade	1264	1264	1264	34	34	34
	P-value	0	0	0	0	0	0,17
	Qui-quadrado normalizado – X^2/gl	1,751	1,768	1,780	1,402	1,824	1,578
	Raiz do erro quadrático médio aproximado - RMSEA	0,040	0,041	0,041	0,029	0,042	0,035
	Índice da qualidade de ajuste - GFI	0,805	0,806	0,802	0,975	0,970	0,973
	Índice de ajuste comparativo - CFI	0,931	0,930	0,928	0,994	0,987	0,991
Medidas Incrementais	Índice de ajuste Tucker-Lewis - TLI	0,923	0,922	0,920	0,990	0,979	0,985
	Índice de ajuste normalizado - NFI	0,854	0,853	0,852	0,978	0,972	0,976
Medidas de Parcimônia	Índice de adequação ajustado – AGFI	0,771	0,772	0,768	0,948	0,936	0,942
	Índice de parcimônia comparativo – PCFI	0,837	0,836	0,835	0,603	0,599	0,602
	Índice de parcimônia normalizado – PNFI	0,767	0,767	0,766	0,594	0,590	0,592
Medidas de comparação	Índice de validação cruzada esperada – ECVI	5,672	5,718	5,752	0,265	0,296	0,278
	Índices de validação cruzada esperada modificada - MECVI	5,860	5,905	5,940	0,271	0,302	0,284

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Com os índices de qualidade de ajustamento considerados aceitáveis para o modelo nas três amostras, realizou-se a análise da invariância do modelo sob estudo. Os resultados apresentados na Tabela 14 demonstram que, apesar do modelo de efeitos direto e indireto para a amostra II apresentar diferença para a variância/covariância (Variância/covariância de $\Delta X^2 = 49,980$ gl = 28 e $p < 0,05$), os modelos conscritos de efeitos direto, indireto e de moderação não diferem significativamente desses modelos com parâmetros livres.

Tabela 14 – Resultados da análise da AMI

Fatores de efeito direto/indireto									
Modelos conscritos	Amostra I			Amostra II			Amostra III		
	ΔX^2	Δgl	Significância estatística	ΔX^2	Δgl	Significância estatística	ΔX^2	Δgl	Significância estatística
Pesos fatoriais	23,569	31	0,828	30,663	31	0,483	36,311	31	0,235
Interceptos	31,085	38	0,779	37,915	38	0,473	41,466	38	0,322
Variância/Covariância	37,862	28	0,101	49,980	28	0,007	22,237	28	0,770
Fatores de efeito moderador									
Pesos fatoriais	7,061	6	0,315	12,149	6	0,059	3,556	6	0,737
Interceptos	12,274	8	0,139	2,354	8	0,968	5,021	8	0,755
Variância/Covariância	4,400	3	0,221	0,206	3	0,977	5,173	3	0,160

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Verificam-se que as análises realizadas apresentam resultados aceitáveis para cumprimento do primeiro objetivo dessa pesquisa, demonstrando-se a validação do modelo teórico de mensuração proposto, com instrumento psicométrico ajustado para aplicação em organizações, que adotam os modelos de gestão dos tipos APD, OSS e PPP na prestação de serviços de saúde.

4.1.7 Discussão dos resultados da validação do modelo teórico

Os resultados da CFA e AMI demonstraram validação adequada para o ajuste do modelo teórico para o setor de prestação de serviços de saúde. A partir dessa validação ficou evidenciada a plausibilidade do modelo teórico ajustado e do instrumento de medida válido para aplicação em organizações prestadoras de serviços de saúde gerenciadas pelos modelos de gestão dos tipos APD, OSS e PPP e, também, em amostras independentes – organizações exitosas no enfrentamento das pressões características do setor de saúde (BARNEY, 1991; BARBOSA; GADELHA, 2012; VALLADARES, 2012; ODERANTI; LI, 2018; SALUNKE; WEERAWARDENA; MCCOLL-KENNEDY, 2019).

4.2 MEDIÇÃO DOS FATORES NO DESEMPENHO EM INOVAÇÃO

A partir da validação do modelo teórico de mensuração proposto, seguiu-se com medição dos fatores determinantes impactando no desempenho em inovação. Os resultados mostram que o impacto dos fatores determinantes influenciam positivamente em 89% ($R^2 = 0,89$) o desempenho em inovação de serviço e de processo na amostra geral, considerando-se todos os hospitais (Figura 20), enquanto que quando analisados individualmente, o HGESF (Figura 21) e ICOM (Figura 22) apresentam igualmente 75% ($R^2 = 0,75$) e a OSID (Figura 23) apresenta o valor de 94% ($R^2 = 0,94$).

Os resultados demonstram que os fatores determinantes influenciam positivamente o desempenho em inovação em pelo menos 75%, refletindo assim uma elevada capacidade de inovação. Essa elevada influência dos fatores determinantes da liderança transformadora, gestão de pessoas para inovação, intenção estratégica de inovar e gestão estratégica da tecnologia são suportadas na amostra.

Nesse sentido, o modelo proposto nessa tese demonstrou poder preditivo acima de 75% de explicação considerado a amostra individual por hospital e de 89% na amostra geral. Em suma, esse modelo com instrumento psicométrico de coleta dados (questionário) demonstra ser adequado para medir os fatores determinantes de maior impacto no desempenho em inovação nos hospitais pesquisados.

Para alcançar esses resultados procedeu-se com o teste do modelo conceitual por meio da SEM com: avaliação da qualidade de ajustamento do modelo estrutural; teste de hipóteses das relações entre os fatores de efeito direto, indireto e de moderação do modelo estrutural; e, por fim, avaliação da invariância e as médias dos fatores determinantes e resultantes do modelo.

4.2.1 Qualidade de ajustamento do modelo estrutural

Os resultados desse estágio apresentam a especificação do modelo estrutural e os indicadores da qualidade de ajustamento do modelo. Assim, foi possível delinear o modelo estrutural, destacando-se os fatores de efeitos direto, indireto e efeito moderador no desempenho em inovação e, na sequência, foram avaliados os índices de qualidade de ajustamento do modelo (Tabela 8).

A especificação do modelo estrutural representa o fundamento teórico da relação entre os fatores determinantes e o desempenho em inovação que, por sua vez, refletem os fatores

resultantes da inovação de processo e de serviço. A Figura 18 ilustra o modelo analisado, por meio da SEM para o modelo estrutural dos fatores de feitos direto e indireto e outro para os fatores de efeito moderador.

Os modelos apresentaram índices de qualidade de ajustamento aceitáveis para as principais medidas analisadas ($X^2 = 1438,59$, $gl = 643$, $X^2/gl = 2,237$, $RMSA = 0,051$, $CFI = 0,941$, $AGFI = 0,838$, $MECVI = 3,4531$). Apesar dos índices considerados adequados, optou-se por avançar nas modificações e análises dos demais índices de ajuste. Nesse sentido, realizaram-se os ajustes no modelo SEM, por meio da correlação dos erros indicados pelos índices de modificação do fator GT com do CP, assim como, os erros do item PE04 com PE10 e do LT05 com LT06, resultando na saturação do modelo III (Tabela 15).

Tabela 15 – Resultados dos índices de qualidade do ajuste do modelo I a III

Categorias	Índices de ajustes	Modelos			Nível de aceitação
		I	II	III	
Medidas Absolutas	Qui-quadrado (X^2)	1377,97	1347,49	1332,28	-
	Graus de liberdade	642	641	640	> 1
	P-value	0	0	0	> 0,01
	Qui-quadrado normalizado – $X^2/dfgl$	2,146	2,102	2,082	entre 0 e 3
	Raiz do erro quadrático médio aproximado - RMSEA	0,049	0,049	0,048	< 0,08
	Índice da qualidade de ajuste – GFI	0,864	0,867	0,868	> 0,9
Medidas Incrementais	Índice de ajuste comparativo – CFI	0,945	0,947	0,949	> 0,9
	Índice de ajuste Tucker-Lewis – TLI	0,940	0,942	0,943	> 0,9
	Índice de ajuste normalizado – NFI	0,903	0,905	0,906	> 0,9
Medidas de Parcimônia	Índice de adequação ajustado – AGFI	0,844	0,846	0,848	> 0,6
	Índice de parcimônia comparativo – PCFI	0,863	0,864	0,864	> 0,6
	Índice de parcimônia normalizado – PNFI	0,824	0,825	0,825	> 0,6
Medidas de comparação	Índice de validação cruzada esperada – ECVI	3,367	3,307	3,278	Quanto menor, melhor
	Índices de validação cruzada esperada modificada – MECVI	3,406	3,345	3,318	

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

O efeito moderador da organicidade da estrutura organizacional e da gestão de projetos nas relações entre o conhecimento do paciente e a gestão estratégica da tecnologia no desempenho em inovação foi avaliado por meio do SEM. A princípio, foi realizado o ajustamento do modelo de medida (CFA) e estrutural (SEM), com itens e fatores centrados, apresentando índices insatisfatórios ($X^2 = 2293,11$, $gl = 857$, $X^2/gl = 2,676$, $RMSA = 0,059$, $CFI = 0,888$, $AGFI = 0,791$, $MECVI = 5,529$). Deste modo, foram realizados ajustes no modelo CFA, por meio da correlação dos erros indicados pelos índices de modificação dos erros dos itens IP02 com IP04, IS04 com IS05, GP02 com GP03, GP04 com GP05, GT02 com GT03, GT04 com GT03 e GT05. Posteriormente, foram ajustadas as trajetórias do modelo estrutural (SEM) conforme dispõem a Tabela 16.

Tabela 16 – Resultados dos índices de qualidade de ajustamento do efeito moderador

Categorias	Índices de ajustes	Modelos		Nível de aceitação
		CFA	SEM	
Medidas Absolutas	Qui-quadrado (X^2)	2057,45	2060,86	-
	Graus de liberdade	850	857	> 1
	<i>P-value</i>	0	0	> 0,01
	Qui-quadrado normalizado – X^2/gl	2,421	2,405	entre 0 e 3
	Raiz do erro quadrático médio aproximado – RMSEA	0,055	0,055	< 0,08
	Índice da qualidade de ajuste - GFI	0,834	0,833	> 0,9
Medidas Incrementais	Índice de ajuste comparativo - CFI	0,906	0,906	> 0,9
	Índice de ajuste Tucker-Lewis – TLI	0,895	0,896	> 0,9
	Índice de ajuste normalizado - NFI	0,850	0,850	> 0,9
Medidas de Parcimônia	Índice de adequação ajustado – AGFI	0,806	0,808	> 0,6
	Índice de parcimônia comparativo – PCFI	0,814	0,821	> 0,6
	Índice de parcimônia normalizado – PNFI	0,764	0,770	> 0,6
Medidas de comparação	Índice de validação cruzada esperada – ECVI	4,995	4,972	Quanto menor, melhor
	Índices de validação cruzada esperada modificada - MECVI	5,0586	5,032	

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A verificação e os ajustes dos modelos estruturais de efeito direto e indireto e de moderação apresentaram qualidade de ajustamento, significativamente aceitáveis para testar as hipóteses dessa pesquisa. Com isso, os resultados da avaliação dos modelos estruturais de efeitos direto e indireto e de efeito moderador estão ilustrados, respectivamente, nas Figuras 19, 20 e 21 do APÊNDICE D.

4.2.2 Teste de hipóteses nas relações estruturais

O modelo estrutural SEM para os fatores de efeitos direto, indireto e de moderação apresentaram os pesos padronizados e significância estatística das relações estruturais, entre os fatores determinantes e resultantes da capacidade de inovação. As hipóteses foram testadas, verificando-se os pesos fatoriais padronizados e a significância estatística das relações entre os fatores, os quais são apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 – Resultados do teste das hipóteses do Modelo SEM

	Hipóteses	Pesos fatoriais padronizados	Significância estatística ($p < 0,05$)	Relação estrutural
Hipótese 1a	a liderança transformadora e a intenção estratégica estão relacionadas positivamente uma com a outra.	0,848	0,000	Suportada
Hipótese 1b	a liderança transformadora exerce um efeito positivo significativo sobre a gestão de pessoas para inovação.	0,789	0,000	Suportada
Hipótese 2a	a intenção estratégica de inovar exerce um efeito positivo significativo no conhecimento do paciente sobre o tratamento.	0,354	0,000	Suportada
Hipótese 2b	a intenção estratégica de inovar exerce um efeito positivo significativo sobre a gestão estratégica da tecnologia.	0,240	0,000	Suportada
Hipótese 3a	a gestão de pessoas para a inovação exerce efeito positivo significativo no conhecimento do paciente sobre o tratamento.	0,377	0,000	Suportada
Hipótese 3b	a gestão de pessoas para a inovação exerce efeito positivo significativo sobre a gestão estratégica da tecnologia.	0,548	0,000	Suportada
Hipótese 4	o conhecimento do paciente sobre o tratamento exerce um efeito positivo significativo sobre o desempenho em inovação de processo e de serviço.	0,079	0,102	Não Suportada
Hipótese 5	o fator gestão estratégica da tecnologia exerce um efeito positivo significativo sobre o desempenho em inovação de processo e de serviço.	0,873	0,000	Suportada
Hipótese 6a	a organicidade da estrutura organizacional modera o relacionamento entre o conhecimento do paciente com o desempenho em inovação.	0,075	0,527	Não Suportada
Hipótese 6b	a organicidade da estrutura organizacional modera o relacionamento entre a gestão estratégica da tecnologia com o desempenho em inovação.	0,001	0,998	Não Suportada
Hipótese 7a	a gestão de projetos modera o relacionamento entre o conhecimento do paciente sobre o tratamento com o desempenho em inovação.	-0,038	0,697	Não Suportada
Hipótese 7b	a gestão de projetos modera o relacionamento entre a gestão estratégica da tecnologia com o desempenho em inovação.	0,040	0,653	Não Suportada

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Conforme demonstrado na Tabela 17, o fator conhecimento do paciente sobre o tratamento não apresentou efeito direto significativo na relação com o desempenho em inovação. Assim, ficou demonstrada a correlação entre os fatores de interesse estratégico de inovar com a liderança transformadora, os quais afetam na gestão estratégica da tecnologia, por meio da gestão de pessoas para a inovação e tem impacto significativo no desempenho em inovação de processo e de serviço.

Ressalte-se, contudo, que foi suportada a hipótese de que a gestão de pessoas para a inovação exerce efeito positivo significativo sobre o conhecimento do paciente no tratamento.

Isso significa que a gestão de pessoas tem efeito positivo sobre o conhecimento do paciente em relação ao seu tratamento, de forma que é pela gestão de pessoas que se pode acessar o conhecimento do paciente sobre o seu tratamento, tendo-o como aliado e estimulando o autocuidado, prática já adotada em alguns Sistemas de Saúde, a exemplo do espanhol.

Os fatores de moderação, tais como: organicidade da estrutura organizacional e gestão de projetos não apresentaram efeito moderador significativo do desempenho em inovação. Nesse sentido, tais fatores não demonstraram influência na relação entre os fatores do conhecimento do paciente sobre o tratamento e da gestão estratégica da inovação com o desempenho em inovação de processo e de serviço na amostra.

A partir da avaliação das hipóteses suportadas, verificou-se o impacto dos efeitos diretos e indiretos no desempenho em inovação. Os resultados da Tabela 18 demonstram que a gestão estratégica da tecnologia apresenta relevante efeito direto no desempenho em inovação e indireto na inovação de processo e de serviço que, por sua vez, é afetado diretamente e, com maior efeito, pela gestão de pessoas para inovação e, indiretamente, pela liderança transformadora, assim como, a PE e LT apresentam efeitos indiretos relevantes para o desempenho em inovação e para inovação de serviço e de processo.

Tabela 18 – Resultados dos efeitos diretos e indiretos do modelo estrutural¹⁶

Fatores determinantes e resultantes	Efeitos in(diretos) padronizados					
	LT	IE	PE	CP	GT	DI
Gestão de pessoas para inovação	(0,789)	-	-	-	-	-
Conhecimento do paciente	0,298	(0,354)	(0,377)	-	-	-
Gestão estratégica da tecnologia	0,432	(0,240)	(0,548)	-	-	-
Desempenho em inovação	0,401	0,235	0,508	(0,079)	(0,873)	-
Inovação de processo	0,378	0,224	0,480	0,075	0,825	(0,944)
Inovação de serviço	0,374	0,222	0,474	0,074	0,815	(0,933)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Os resultados da SEM, também demonstram a força de explicação dos fatores que predisõem o desempenho em inovação em serviços de saúde na amostra sob estudo. A Figura 18 do APÊNDICE D demonstra que os fatores intenção estratégica de inovar e liderança transformadora, por meio da gestão estratégica para inovar, afetam significativamente a gestão

¹⁶ Os resultados dos efeitos diretos estão entre parênteses e os de efeitos indiretos sem parênteses.

estratégica da tecnologia que, por sua vez, demonstra um modelo capaz de explicar 87% ($R^2 = 0,87$) do desempenho em inovação nas organizações prestadoras de serviços de saúde.

4.2.3 Análise multigrupo da invariância do modelo estrutural

A análise da AMI visou verificar se os hospitais gerenciados pelos modelo de gestão do tipo APD, OSS e PPP impactam de forma invariante no modelo estrutural para o desempenho em inovação na amostra sob estudo, assim como, na reamostragem. Para tanto, foram realizadas cinco análises multigrupo objetivando verificar o grau de invariância ou diferença nas três unidades de análise (ICOM, HGESF e OSID), assim como simulou-se essa análise por meio de reamostragens, considerando-se os dois grupos (1 e 2) criados nessa pesquisa para as amostras aleatórias I, II e III descrito no subitem 4.1.6.

O modelo estrutural configurado aos grupos e às amostras avaliadas apresentaram qualidade de ajustamento considerado aceitável para os grupos analisados e suas respectivas amostras. Assim, o modelo estrutural configurado para os três grupos (ICOM, HGESF e OSID) apresentaram índices aceitáveis ($X^2 = 3213,75$, $gl = 1920$, $X^2/gl = 1,674$, $RMSA = 0,038$, $CFI = 0,904$ $AGFI = 0,704$, $MECVI = 8,633$), e também aceitáveis aos dois grupos para a amostra I ($X^2 = 2232,29$, $gl = 1280$, $X^2/gl = 1,744$, $RMSA = 0,040$, $CFI = 0,931$ $AGFI = 0,772$, $MECVI = 5,820$), a amostra II ($X^2 = 2273,30$ $gl = 1280$, $X^2/gl = 1,776$, $RMSA = 0,041$, $CFI = 0,928$ $AGFI = 0,771$, $MECVI = 5,907$) e para a amostra III ($X^2 = 2256,81$ $gl = 1280$, $X^2/gl = 1,763$, $RMSA = 0,040$, $CFI = 0,929$ $AGFI = 0,770$, $MECVI = 5,871$) (vide detalhamento na Tabela 31 do APÊNDICE F).

Os resultados da AMI estão ilustrados nas Figuras 21, 22, 23, 24, 25 e 26 do APÊNDICE D e demonstram as estimativas dos valores dos pesos estruturais, dos pesos fatoriais e dos CRs dos itens medidos para cada tipo de modelo de gestão. Além disso, ilustram os parâmetros criados. Com isso, verificou-se uma significância estatística de diferença do X^2 para os modelos não conscritos, conscritos, estruturais livres com valores fixos.

Os resultados da AMI para os grupos HGESF, ICOM e OSID, assim como, os Grupos 1 e 2 das amostras aleatórias I, II e III para avaliação fora da amostra, estão dispostos na Tabela 19.

Tabela 19 – Resultados da análise da AMI na amostra

Modelos conscritos	Amostra Geral APD, OSS e PPP			Amostra Aleatória I Grupo 1-2		
	ΔX^2	Δgl	Significância estatística	ΔX^2	Δgl	Significância estatística
Pesos fatoriais	82,591	62	0,041	22,015	31	0,883
Pesos estruturais	47,343	16	0,000	6,304	8	0,613
Variância/ Covariância estruturais	18,393	6	0,005	10,61	3	0,787
Modelos conscritos	Amostra Aleatória II Grupo 1-2			Amostra Aleatória III Grupo 1-2		
	ΔX^2	Δgl	Significância estatística	ΔX^2	Δgl	Significância estatística
Pesos fatoriais	29,027	31	0,568	32,906	31	0,249
Pesos estruturais	4,611	8	0,798	6,494	8	0,592
Variância/ Covariância estruturais	5,527	3	0,137	3,775	3	0,287

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A partir desses resultados, observam-se diferenças significativas nos modelos conscritos dos pesos fatoriais e estruturais fixos, com parâmetros livres, nos hospitais (Tabela 19). Por meio dos valores de Z das relações estruturais (Tabela 34 do APÊNDICE F) foi possível avaliar a invariância das relações estruturais. Assim, conforme a Tabela 20 observou-se na comparação entre o ICOM e HGESF, que somente a trajetória da correlação entre a LT, com IE diferem significativamente, enquanto a comparação entre o ICOM com a OSID os fatores LE afetando a PE e esse com o fator GT. Também, diferem significativamente. Por fim, o HGESF comparado com a OSID apresenta significativas diferenças entre as trajetórias da correlação entre LT com IE e LT afetando a PE. Nesse sentido, faz-se necessário aprofundar a análise para estudar o contexto da dinâmica organizacional dessas relações e diferenças em cada modelo de gestão hospitalar pesquisado nessa tese.

Tabela 20 – Resultados do teste Z comparados 2 a 2 nos modelos de gestão

COMPARAÇÃO		AMOSTRA GERAL		AMOSTRA GERAL		AMOSTRA GERAL	
		ICOM-HGESF		ICOM-OSID		HGESH-OSID	
Trajelórias estruturais	Parâmetros automáticos do Amos	Valor (Z)	Significância estatística	Valor (Z)	Significância estatística	Valor (Z)	Significância estatística
LT->IE	ccc1_(1,2,3)	3,101	DIFERE	-0,757	INVARIANTE	-3,778	DIFERE
LT->PE	b1_(1,2,3)	-1,551	INVARIANTE	-3267	DIFERE	-2,332	DIFERE
PE->CP	b2_(1,2,3)	1,021	INVARIANTE	-1,082	INVARIANTE	-2,075	INVARIANTE
PE->GT	b4_(1,2,3)	2,004	INVARIANTE	2,565	DIFERE	0,537	INVARIANTE
IE->CP	b3_(1,2,3)	-0,251	INVARIANTE	1,562	INVARIANTE	2,133	INVARIANTE
IE->GT	b8_(1,2,3)	-2,047	INVARIANTE	-0,287	INVARIANTE	1,734	INVARIANTE
GT->PI	b5_(1,2,3)	0,980	INVARIANTE	1,816	INVARIANTE	0,680	INVARIANTE
CP->PI	b6_(1,2,3)	-0,476	INVARIANTE	-1,635	INVARIANTE	-0,954	INVARIANTE
PI->IS	b7_(1,2,3)	0,526	INVARIANTE	1,186	INVARIANTE	0,603	INVARIANTE
PI->IP	Padronizado = 1	1	INVARIANTE	1	INVARIANTE	1	INVARIANTE

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Os valores dos pesos estruturais e suas diferenças entre o ICOM, HGESH e OSID, também, foram avaliados para verificar as diferenças entre os grupos. Conforme a Tabela 21, a OSID apresenta o maior número de pesos estruturais com maior desvio dos valores, em relação aos demais grupos (LT->PE, PE->CP, IE->CP e CP->PI), enquanto o HGESH apresenta peso estrutural da correlação entre IE com LT relativamente elevado e, ao contrário, menor valor da IE afetando a GT, por fim, o ICOM apresenta apenas no PE afetando a GT.

Tabela 21 – Resultados dos valores padronizados por modelo de gestão

Relações estruturais	Valores padronizados			Diferença dos valores padronizados		
	ICOM	HGESF	OSID	ICOM-HGESF	ICOM-OSID	HGESF-OSID
LT->IE	0,774	0,916	0,701	-0,142	0,073	0,215
LT->PE	0,800	0,857	0,579	-0,057	0,221	0,278
PE->CP	0,380	0,594	0,177	-0,214	0,203	0,417
PE->GT	0,395	0,683	0,603	-0,288	-0,208	0,080
IE->CP	0,193	0,231	0,474	-0,038	-0,281	-0,243
IE->GT	0,378	0,096	0,264	0,282	0,114	-0,168
CP->PI	0,190	0,098	-0,018	0,092	0,208	0,116
GT->PI	0,715	0,866	0,979	-0,151	-0,264	-0,113
PI->IS	0,953	0,953	0,912	0,000	0,041	0,041
PI->IP	0,937	0,904	0,951	0,033	-0,014	-0,047

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A partir da AMI realizada foi possível verificar a invariância significativa nas amostras aleatórias I, II e III para os grupos 1 e 2. A Tabela 19 constata a invariância na reamostragem,

evidenciando consonância do modelo estrutural com o fatorial, quando da validação do modelo teórico e do instrumento psicométrico descrito no subitem 4.1.6 fora da amostra.

Nesse sentido, pode-se constatar que os hospitais pesquisados impactam de forma invariante na maioria dos fatores determinantes de efeito direto no desempenho em inovação, tanto na amostra completa quanto na reamostragem, apesar das diferenças verificadas nos fatores de efeitos indiretos que afetam a gestão estratégica da tecnologia. Tais diferenças demonstram que a OSID impacta de forma diferente nas relações entre os fatores no modelo estrutural e com menor diferença entre o ICOM e HGESF para o desempenho em inovação.

4.2.4 Discussão dos resultados da medição da capacidade de inovação

Os resultados são discutidos à luz do campo teórico da capacidade de inovação e em serviços de saúde. Foram analisadas as hipóteses testadas na amostra com fundamento nas referências que dão suporte a essa tese, assim como, a invariância do desempenho em inovação nos modelos de gestão, e desse, com os fatores determinantes.

4.2.4.1 Hipóteses suportadas nas relações estruturais do modelo teórico

As hipóteses delineadas para o modelo teórico proposto e validado na amostra foram verificadas por meio da SEM. Os resultados demonstram relações entre os fatores determinantes de efeito indireto significativamente suportadas. Os fatores de efeito direto da relação entre o conhecimento do paciente sobre o tratamento e da gestão estratégica da tecnologia com desempenho em inovação, apenas a GT demonstrou suportada. Os fatores da organicidade da estrutura organizacional e gestão de projetos não demonstraram suporte nos seus efeitos moderadores na relação entre CP e GT com o desempenho em inovação.

O fator liderança transformadora associado com a intenção estratégica de inovar é uma hipótese relacional significativamente suportada na amostra. Os valores demonstraram força associativa elevada nos três hospitais (Figura 18 do APÊNDICE D) com destaque para o HGESF (Figura 21 do APÊNDICE D), que apresentou correlação 0,920. Isso evidencia uma liderança que estimula a transformação nas organizações de saúde e orienta as decisões estratégicas na busca de oportunidades de inovações, para melhor enfrentamento das pressões do setor (VALLADARES, 2012; KEARNEY; HARRINGTON; KELLIHER, 2014; SLATER; MOHR; SENGUPTA, 2014; KIM; PARK; PAIK, 2018).

A relação entre a liderança transformadora exercendo efeito positivo na gestão de pessoas para inovação demonstrou suportada para essa hipótese. Isso reflete um estilo de liderança atuante por meio da gestão de pessoas e a liderança estimulando um ambiente favorável a liberdade de criação, mudanças e decisões favoráveis a soluções inovadoras para superar desafios e alcançar melhor desempenho nas organizações prestadoras de serviços de saúde (VALLADARES, 2012; SAUNILA, 2017; LÓPEZ; VILLEGAS; CATICA, 2018).

O efeito positivo da intenção estratégica de inovar no conhecimento do paciente sobre o tratamento é uma hipótese também suportada. Esse efeito pode evidenciar que as decisões estratégicas levam em consideração as necessidades, peculiaridades e conhecimento dos pacientes/usuários sobre o tratamento na busca por novos ou melhorados diagnósticos e tratamentos, além da agilidade na prestação desses serviços de saúde (VALLADARES, 2012; GADELHA; TEMPORÃO, 2018; FERREIRA; COELHO; WEERSMA, 2019).

A intenção estratégica de inovar, também, demonstrou efeito significativo na gestão estratégica da tecnologia. Tal relação reforça a importância estratégica das tecnologias nos modelos de gestão aqui pesquisados, a qual, impacta positivamente na introdução de novidades para melhor gerenciamento das informações de saúde, diagnóstico e tratamento dos pacientes (OSLO, 2004; BARBOSA; GADELHA, 2012; CHEN; WEN; YANG, 2014 SAUNILA, 2017; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

O fator gestão de pessoas para inovação afetando positivamente o conhecimento do paciente/usuário sobre o tratamento é suportado na amostra. Essa relação significativa reflete um ambiente favorável ao engajamento dos colaboradores atentos e comprometidos com as necessidades e participação dos pacientes/usuários no tratamento, os quais são motivados pela facilitação da comunicação e autonomia para propor soluções inovadoras de melhorias e resolução de seu problema de saúde (BARBOSA; GADELHA, 2012; VALLADARES, 2012; SAUNILA; MÄKIMATTILA; SALMINEN, 2014; LIAO *et al.*, 2017;). Embora a gestão de pessoas perspasse todas as áreas no ambiente hospitalar – que é uma organização intensiva em mão de obra – geralmente está associada ao trabalhadores e à gestão do trabalho. Assim, este resultado surge como algo inesperado, pois afeta o conhecimento do paciente/usuário sobre o tratamento, sendo reveladora a sua importância como fator de inovação.

A gestão de pessoas para inovação, também, apresentou efeito significativo na gestão estratégica da tecnologia. Tal confirmação pode refletir um ambiente de estímulo aos colaboradores na identificação e na assimilação pelos hospitais, de tecnologias que melhor viabilizem o atendimento das necessidades dos pacientes/usuários, aperfeiçoamento da

produtividade e das condições de trabalho, os quais favorecem toda a organização de saúde (OSLO, 2004; BARBOSA; GADELHA, 2012; KIM; CHEN; WEN; YANG, 2014; PARK; PAIK, 2018; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

O efeito do conhecimento do paciente/usuário sobre o tratamento, no desempenho em inovação não foi suportado na amostra. Apesar da intenção estratégica de inovar e da liderança transformadora por meio da gestão de pessoas exercerem efeitos positivos significativos no conhecimento do paciente/usuário sobre o tratamento, esse, por sua vez, não exerceu efeito significativo no desempenho em inovação na amostra estudada.

O efeito positivo do conhecimento e interesse ativo de uma das principais partes interessadas para inovar no setor de saúde, o paciente/usuário e família, não foram confirmados na amostra. Tal resultado pode estar relacionado a certo distanciamento do conhecimento científico e tecnológico, capazes de despertar essa participação ativa nos processos de inovação. Apesar disso, a Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), no art 3°, que trata dos objetivos do PNSP, incisos II e III respectivamente, estabelece que é necessário “envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente e ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente” (BRASIL, 2013). Entende-se assim, que o conhecimento do paciente sobre seu tratamento é um fator para a sua segurança, embora não tenha sido confirmado na amostra como fator de inovação.

Além disso, em situações específicas que envolvem comoção familiar é possível o conhecimento do paciente afetar o desempenho em inovação. O roteiro cinematográfico do filme Óleo de Lorenzo baseado numa história real e dirigido por George Miller e Nick Enright (1992), destaca-se como uma emblemática situação específica, o qual relata a dramática história de uma criança (Lorenzo) acometida pela adrenoleucodistrofia (ADL) e a devoção dos seus pais na busca por diagnóstico preciso, tratamento e medicamento para essa doença degenerativa. A evolução dos sintomas com agravamento da doença e desconhecimento dos profissionais de saúde sobre essa patologia impulsionaram os pais a romper com o monopólio científico dos profissionais da saúde para encontrar uma cura para o filho (MILLER; ENRIGHT, 1992; MATOS *et al.*, 2011).

O desfecho desse roteiro retrata o protagonismo desses pais na imersão sobre essa patologia e avanços científicos até identificarem estudos sobre a manipulação de ácidos graxos, capazes de substituir gorduras saturadas produzidas em excesso por Lorenzo (C24 e C26) e, por sua vez, causam a deterioração na capa do tecido que envolvem as células nervosas, resultando

nos principais sintomas de deterioração física da criança. Assim, diante de todo sofrimento, rejeição dos especialistas e restrições éticas, conseguiram inovar idealizando uma forma de manipular o extrato de azeite de oliva e produzir um óleo capaz de inibir a produção excessivas desses ácidos graxos, de forma a preservar a capa do tecido nervoso e inibir os efeitos da doença (MILLER; ENRIGHT, 1992).

Diante desse caso específico, é possível evidenciar o desenvolvimento de um tratamento eficaz para uma doença degenerativa protagonizada pelo conhecimento do paciente por meio de seus familiares. Nesse sentido, apesar do distanciamento entre o paciente e seu círculo familiar, do conhecimento científico que pode dificultar a participação ativa para inovar nos serviços de saúde, conforme evidenciado nessa pesquisa, a ampliação do conhecimento na área de saúde para criar novas opções de tratamentos proporcionados pela participação ativa do paciente, por meio de seus familiares, são motivados por comoção e amor (MILLER; ENRIGHT, 1992; MATOS *et al.*, 2011).

A gestão estratégica da tecnologia foi o fator de maior efeito direto e significativo no desempenho em inovação de processo e de serviço. Os resultados reforçam a importância estratégica das tecnologias no desempenho em inovação nas organizações prestadoras de serviços de saúde (OSLO, 2004; BARBOSA; GADELHA, 2012; CHEN; WEN; YANG, 2014; GUIMARÃES *et al.*, 2019), impulsionando a criação de soluções inovadoras nos processos de produção e entrega dos serviços para alcançar melhores níveis de desempenho a longo prazo (BARBOSA; GADELHA, 2012; VALLADARES, 2012; HARYANI; GUPTA, 2017; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Os fatores de efeito moderador da organicidade da estrutura organizacional no modelo teórico da capacidade de inovação em serviços de saúde não foram significativamente suportados na amostra sob estudo. Assim, como no estudo de Valladares (2012), a organicidade da estrutura organizacional não apresentou efeito de moderação na relação em análise, evidenciando não haver flexibilização da estrutura organizacional favorável a uma comunicação fluida e ambiente suscetível à adaptação e mudanças para recepcionar o conhecimento do paciente sobre o tratamento e as contribuições tecnológicas, com isso, não ser um fator determinante de efeito moderador na capacidade de inovação nos diversos setores pesquisados no Brasil (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; SAUNILA; MÄKIMATTILA; SALMINEN, 2014; LIU *et al.*, 2018; PAUGET; WALD, 2018).

A gestão de projetos revelou-se, também, não suportada no modelo teórico da capacidade de inovação em serviços de saúde. No que pese ser um fator determinante de efeito moderador

significativo em diversos outros setores pesquisados (VALLADARES, 2012) e os resultados dessa pesquisa evidenciam práticas de gestão voltadas ao processamento e à sistematização de informações e recursos com foco em resultados, contudo, não exerceu efeito moderador significativo nas relações entre o conhecimento do paciente e a gestão estratégica da tecnologia com o desempenho em inovação nas organizações de saúde (KEARNEY; HARRINGTON; KELLIHER, 2014; IDDRIS, 2016; URUEÑA; HIDALGO; ARENAS, 2016; SANJEEWANI, 2019).

4.2.4.2 Invariância do desempenho em inovação nos modelos de gestão

Os resultados AMI evidenciaram impacto invariante na relação de efeito direto significativo entre o fator gestão estratégica da tecnologia, afetado pela liderança transformadora por meio da gestão de pessoas para inovação e da intenção estratégica de inovar, no desempenho em inovação de processo e de serviço. Tais resultados foram evidenciados nos três modelos da amostra sob estudo, assim como, nas análises de reamostragens (amostras aleatórias), as quais demonstraram impacto invariante (LAWSON; SAMSON, 2001; BARNEY; MACKAY, 2005; TEECE, 2007; ALEXY *et al.*, 2018; DAVIS; BENDICKSON, 2020; HWANG; CHOI; SHIN, 2020).

No que se refere às diferenças verificadas nas relações entre os fatores de efeito indireto, essas são evidenciadas entre a intenção estratégica de inovar com a liderança transformadora e essa com a gestão de pessoas para inovação. Apesar desses fatores apresentarem resultados invariantes fora da amostra, na comparação entre os modelos de gestão, os resultados revelaram que a OSID (OS) apresenta a maior diferença significativa nesses fatores. Por sua vez, o HGESF (APD) e o ICOM(PPP) apresentam as menores diferenças, evidenciando que estas diferenças refletem as condições internas específicas a cada modelo de gestão (PRAHALAD; HAMEL, 1990; BARNEY, 1991; GRANT, 1991; PETERAF 1993; POPLI; LADKANI; GAUR, 2017; SALUNKE; WEERAWARDENA; MCCOLL-KENNEDY, 2019).

Os resultados indicam que há predisposição para inovar nos hospitais pesquisados e gerenciadas pela APD, OSS e PPP. O fator referente à gestão estratégica da tecnologia, exercendo efeito direto invariante entre os modelos de gestão no desempenho em inovação e, de forma diferente, na relação entre os fatores de efeito indireto da intenção estratégica de inovar com a liderança transformadora, por meio da gestão de pessoas para inovação revelaram, assim, as condições infraorganizacionais específicas a cada modelo (LAWSON; SAMSON,

2001; BARNEY; MACKEY, 2005; ALEXY *et al.*, 2018; HWANG; CHOI; SHIN, 2020; DAVIS; BENDICKSON, 2020).

4.2.4.3 Desempenho em inovação e os fatores determinantes

Os fatores de maior impacto no desempenho em inovação que se destacam no modelo teórico da capacidade de inovação em serviços de saúde são a gestão estratégica da tecnologia afetados pela intenção estratégica de inovar. Esses fatores apresentaram invariância, tanto nos hospitais gerenciados pelos diferentes tipos de modelos de gestão, quanto nas reamostragens, demonstrando fatores de predisposição comum nos hospitais pesquisados, assim como, a gestão estratégica da tecnologia centralizando o maior peso de efeito direto para o desempenho em inovação (TEECE, 2007; ALEXY *et al.*, 2018; DAVIS; BENDICKSON, 2020; HWANG; CHOI; SHIN, 2020).

Apesar da liderança transformadora e da gestão de pessoas para inovação demonstrarem maiores efeitos indiretos no desempenho em inovação, tais fatores são impactados de forma diferente em cada tipo de modelo de gestão. Assim, tais fatores apresentam efeitos indiretos variantes entre os modelos, evidenciando uma relação entre esses com a condições internas específicas a cada modelo de gestão estudado (ISIDRO-FILHO; GUIMARÃES; PERIN, 2011; VALLADARES, 2012; SALUNKE; WEERAWARDENA; MCCOLL-KENNEDY, 2019).

Nesse sentido, os resultados empíricos evidenciam a gestão estratégica da tecnologia afetada pela liderança transformadora, por meio da intenção estratégica de inovar e da gestão de pessoas para inovação, que são fatores determinantes no desempenho em inovação em serviços de saúde nos hospitais pesquisados. Estes fatores destacam-se, assim, como de maior impacto no desempenho em inovação dos hospitais, a partir do modelo teórico validado (LAWSON; SAMSON, 2001; ISIDRO-FILHO; GUIMARÃES; PERIN, 2011; VALLADARES, 2012; SALUNKE; WEERAWARDENA; MCCOLL-KENNEDY, 2019).

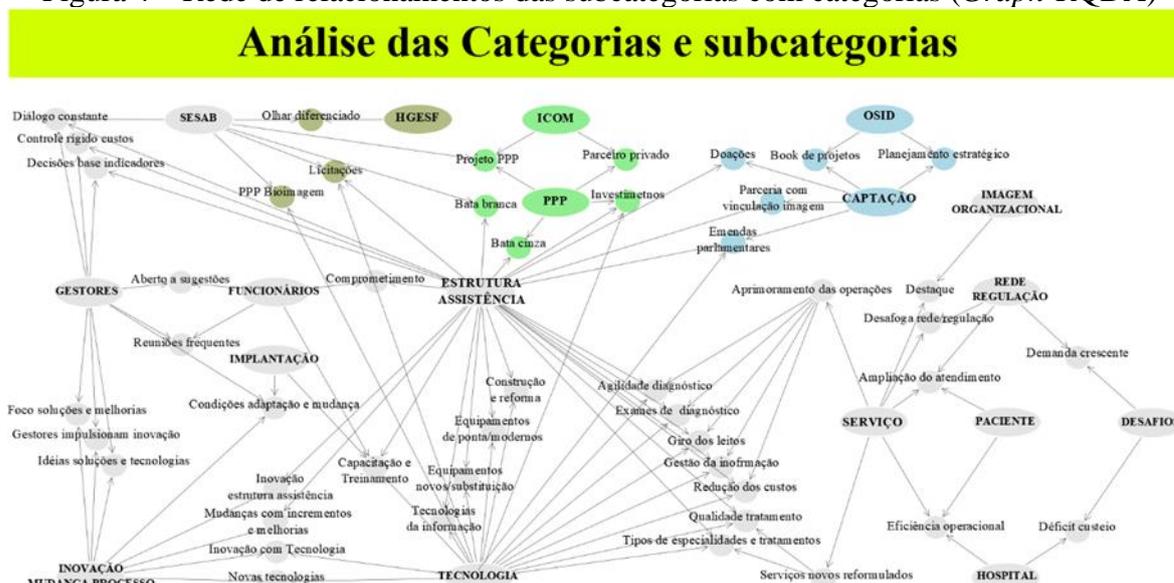
Por sua vez, apresentam diferenças significativas nas relações entre a intenção estratégica de inovar com liderança transformadora e, esta, com a gestão de pessoas para inovação. Tais diferenças evidenciam condições internas específicas no controle e na disposição dos recursos, ocorrendo de forma heterogênea entre os modelos de gestão do tipo APD, OSS e PPP;

4.3 MINÚNCIA DA DINÂMICA ORGANIZACIONAL

A partir da mediação e confirmação dos fatores de maior impacto no desempenho em inovação nos hospitais HGESF, OSID e ICOM, foi possível, nessa fase qualitativa, minuciar a dinâmica organizacional, a partir da relação entre os fatores determinantes com desempenho em inovação. Os resultados evidenciam as minúcias de uma dinâmica organizacional que possibilita a interação entre gestores e funcionários para impulsionar ideias e soluções, por meio da promoção de mudanças e da obtenção de tecnologias que inovam os processos assistenciais hospitalares.

O detalhamento dessas minúcias destaca as diferenças entre os tipos de modelos de gestão dos hospitais pesquisados para a obtenção dessas tecnologias que impulsionam a inovação, com mudanças nos processos assistenciais. A Figura 4 ilustra a rede de relacionamento dessa dinâmica com categorias comuns e específicas às três unidades hospitalares analisadas, representando cada um tipo de modelo de gestão, objeto dessa pesquisa.

Figura 4 – Rede de relacionamentos das subcategorias com categorias (*Graph-RQDA*)



Fonte: Dados da pesquisa qualitativa (2021).

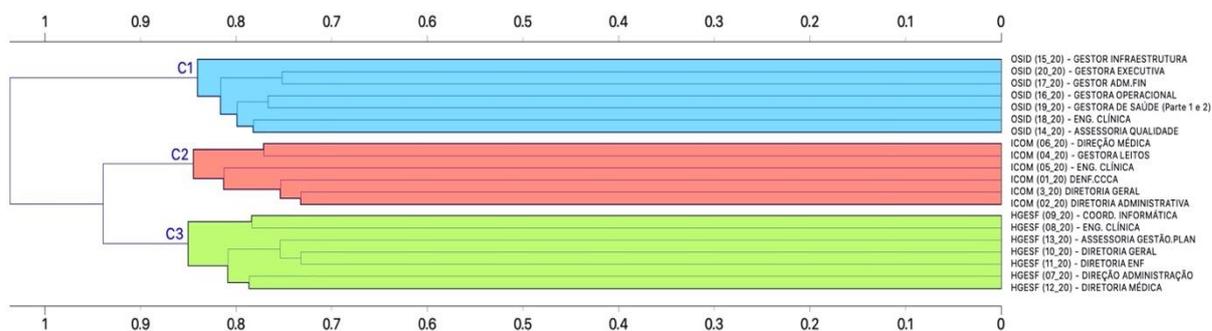
Para alcançar esses resultados, utilizaram-se técnicas de mineração de texto com apoio do sistema *Orange* (2013) para subsidiar as etapas da codificação aberta, axial e seletiva, realizadas com apoio do sistema RQDA (Ilustrações exemplificando sua operacionalização no APÊNDICE J). Os dados qualitativos foram extraídos das entrevistas, realizadas entre os dias 03/12/2019 a 06/01/2020, com gestores do HGESF, OSID e ICOM, formando um *corpus* da coleção desses documentos rotulados por hospital.

Essa fase foi realizada em etapas para alcançar melhor confiabilidade e validade na análise dos dados qualitativos. Iniciou-se com a confirmação das entrevistas por hospital, usando técnicas de mineração de texto, com apoio do sistema *Orange* (2013) para verificar a possibilidade de exclusão de entrevistas que não se agrupavam as demais na unidade de saúde de vinculação, assim como, identificar possíveis categorias que emergiriam do agrupamento de *tokens* das palavras relevantes, para guiar as etapas seguintes da codificação aberta, axial e seletiva com apoio do sistema RQDA.

4.3.1 Confirmação da classificação das entrevistas por hospital

As entrevistas foram submetidas à análise de agrupamento hierárquico para identificar e excluir aquelas que não mantinham padrão de respostas dos gestores por hospital. Os resultados desse agrupamento (Figura 5) confirmaram homogeneidade das entrevistas, ou seja, cada conjunto de entrevistas representou adequadamente o contexto dos gestores nas suas respectivas unidades de saúde.

Figura 5 – *Cluster* hierárquico agrupando entrevistas por hospital

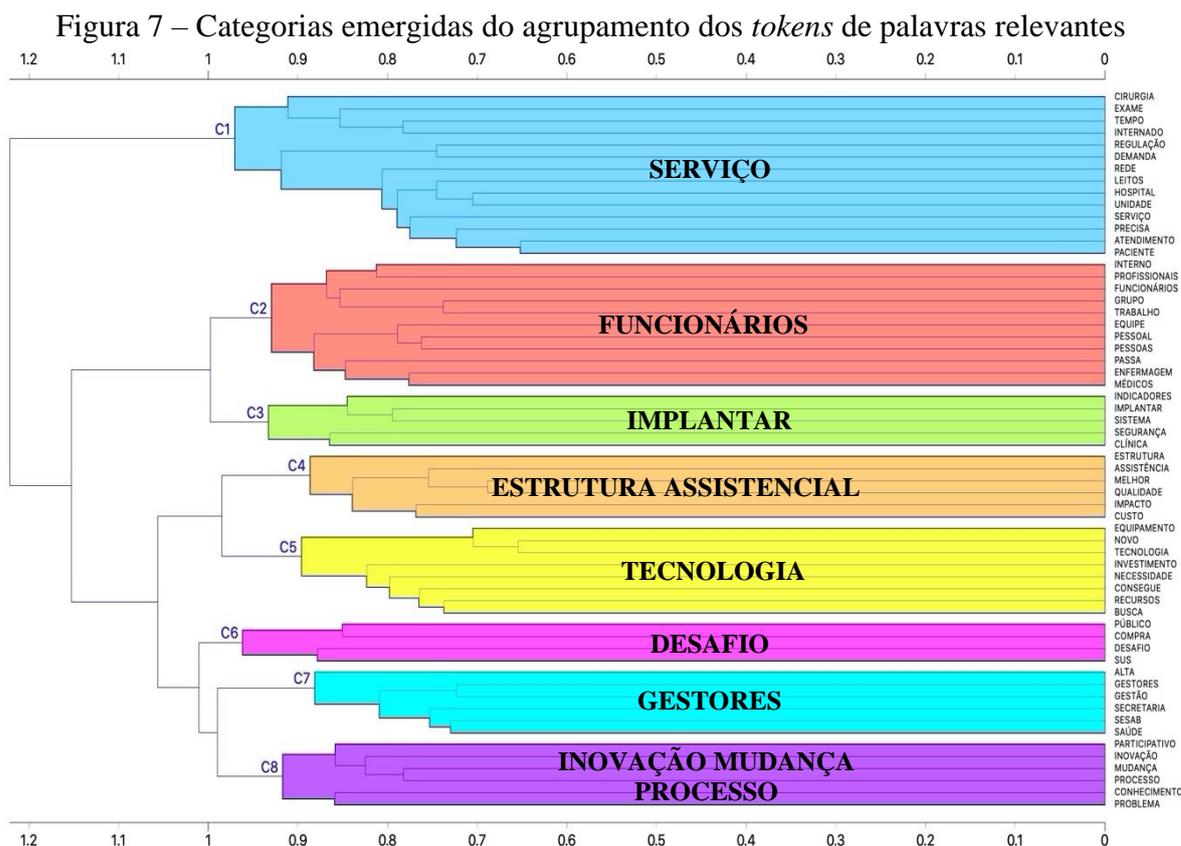


Fonte: Dados da pesquisa qualitativa com apoio do sistema *Orange* (2021).

Para a realização dessa classificação, as entrevistas passaram por tratamento e utilizou-se da técnica de mineração de texto com desenvolvimento do *workflow* (Figura 28) para análise do agrupamento hierárquico, assim como, gerou-se uma nuvem dos *tokens* de palavras com maior frequência nas entrevistas ilustrada na Figura 6 e por hospital nas Figuras 40, 41 e 42. Essa ilustração contribuiu para constatar palavras com mesmo sentido e consideradas na tokenização como diferentes, como é o caso de “paciente” e “pacientes”, além de outras, conforme Tabela 35 do APÊNDICE M.

4.3.2 Categorias emergidas do agrupamento dos *tokens* de palavras relevantes

A partir da análise e do processamento desses *tokens* de palavras relevantes, realizou-se o agrupamento hierárquico para identificar categorias que emergiram do *corpus*. A Figura 7 ilustra o agrupamento desses *tokens* de palavras em categorias confirmadas nas etapas da codificação aberta, axial e seletiva.



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

Esses agrupamentos, além de orientar, são também testados nas próximas etapas para confirmá-los como categorias na codificação aberta, axial e seletiva. Na etapa de codificação aberta, testam-se as subcategorias que convergem para esses agrupamentos identificados para confirmar a formação de categorias, assim como, suas relações de vínculos com outras categorias na codificação axial.

Para identificar e designar essas categorias emergidas do agrupamento dos *tokens* de palavras relevantes foi desenvolvido dois *workflows* (itens 16 e 18 do APÊNDICE L – acesso pelo *link*). O primeiro *workflow* (Figura 29) exemplifica o procedimento para geração dos primeiros arquivos por *token* de palavra relevante para o objeto dessa pesquisa, repetindo-o para os demais tokens e derivações.

Os arquivos gerados, a partir do processamento anterior foram submetidos à análise de agrupamento hierárquico, utilizando os *tokens* das palavras relevantes e suas respectivas palavras-chave para designação das categorias. Para isso, foi elaborado o segundo *workflow* (Figura 30) para realizar esse processamento.

4.3.3 Codificação Aberta

A codificação aberta quebra o texto da transcrição das entrevistas, rotulando as citações consideradas importantes nessa pesquisa em códigos e, na sequência, foram reanalisados para a redução conceitual em subcategorias e categorias. Isso permitiu uma redução conceitual dos códigos em subcategorias e essas foram agrupadas em categorias, como se pode observar na consolidação dessas informações na Tabela 23.

Tabela 23 – Classificação da codificação e subcategorias

Hospital	Codificação/Rotulação <i>in vivo</i>	Subcategorias	Categorias
HGESF-OSID-ICOM	1060	32	13
HGESF	437	18	1
OSID	487	17	2
ICOM	388	21	2

Fonte: Dados da pesquisa qualitativa (2021).

4.3.3.1 Códigos

As entrevistas transcritas foram analisadas em profundidade para identificar ideias, palavras e reflexões em trechos menores do texto. Os códigos gerados estão listados no Quadro 8 do APÊNDICE M, assim como, arquivo em *html* com acesso às citações rotuladas das entrevistas relacionadas a esses códigos (acesso no *link* GitHub do item 20 do APÊNDICE M).

O código “Abertura para ouvir as sugestões da equipe” exemplifica esse processo de quebra e rotulação *in vivo*. O Quadro 3 consolida as informações desse código, relacionando o hospital, entrevista por gestor do hospital e as citações rotuladas dessas entrevistas.

Quadro 3 – Codificação das entrevistas

Código: Abertura para ouvir as sugestões da equipe	
Entrevista	Citação rotulada
HGESF_1.12_DMED_NPA	<i>isso é uma coisa que quem está na ponta que vê, a gente daqui de cima não tem essa percepção não, então se você não tiver aberto ao ouvir isso você passa batido nessas questões. Isso acontece diariamente, diariamente, mais de uma vez por dia.</i>
OSID_2.04_GADMF_MPCJ	<i>Muito abertos, a gente participa integralmente.</i>

Fonte: Dados da pesquisa qualitativa (2021).

4.3.3.2 Subcategorias

A partir da codificação, quebrando as entrevistas em parte menores, procedeu-se com a microanálise, retornando aos dados e reanalisando as citações codificadas para reclassificá-las em padrões de ocorrência por homogeneidade da informação no contexto apresentado pelos gestores. Isso possibilitou a redução conceitual em subcategorias com apoio do RQDA (Figuras 36 e 37 do APÊNDICE J) e documentação dessa etapa, no item 19 do APÊNDICE L.

Para exemplificar o procedimento realizado na configuração dessa etapa de codificação aberta, o Quadro 4 documenta os resultados da microanálise referente à subcategoria “Aberto a sugestões”. Essa documentação foi registrada na anotação no RQDA (Figura 37 do APÊNDICE J) para ordenar e sintetizar notas da microanálise, destacando a homogeneidade, relações associativas e validação por triangulação das fontes – entrevistas/hospital, com demonstração de três citações por hospital retiradas da amostra.

Quadro 4 – Subcategoria validada na amostra (exemplificação do procedimento)

Subcategoria: abertura a sugestões
Anotação
<p>Nota 1 – as citações das entrevistas destacam a participação dos funcionários sugerindo soluções e melhorias com mudanças e tecnologias aplicadas na assistência;</p> <p>Nota 2 – ao mesmo tempo, os gestores demonstram receptividade para atender os funcionários, ouvi-los e discutem essas soluções e melhorias.</p> <p>Homogeneidade: as citações denotam os esforços, tanto dos gestores, quanto dos funcionários, respectivamente, de escuta e participação para desenvolver soluções e melhorias em conjunto, por isso, essa subcategoria pode se agrupar nas categorias emergidas do agrupamento dos <i>tokens</i> de palavras relevantes relacionadas a gestores e funcionários.</p> <p>Relações associativas: a iniciativa da participação dos funcionários direciona-se (associada) aos gestores e esses, por sua vez, além de estimulá-los e ouvi-los, também, discutem sugestões para refinamento e providências para implantar essas sugestões.</p> <p>Validação: o agrupamento das citações da subcategoria com as categorias gestores e funcionários é confirmada, a partir da triangulação das entrevistas por hospital, assim como a participação e recepção recíprocas entre gestores e funcionários indicam uma correlação também confirmada e validada por triangulação das fontes.</p>
Entrevista (Código) – Citação rotulada
<p>HGESF_1.09_CINFO_RLMSJ (Setor tenta identificar melhorias junto aos profissionais) – <i>A maioria das sugestões não são documentadas. Então no momento que eu estou no setor dando suporte ou tentando identificar as melhorias que poderiam ser aplicadas ali, que um determinado profissional coloca alguma sugestão ou melhoria desse tipo, absorva essa melhoria e coloque no plano de ação do órgão, ou no plano de aquisição de materiais quando é solicitado um determinado equipamento; quando envolve equipamentos é colocado no plano de aquisição de materiais.</i></p>
<p>HGESF_1.10_DGER_CMBF (Bate-papo corredor ajuda captar ideias) – <i>esse bate-papo no corredor - que a gente tem isso também - tem ajudado a gente captar ideias deles para trazer aqui para dentro.</i></p>
<p>HGESF_1.12_DMED_NPA (Abertura para ouvir as sugestões da equipe) – <i>isso é uma coisa que quem está na ponta que vê, a gente daqui de cima não tem essa percepção não, então se você não tiver aberto para ouvir isso, você passa batido nessas questões. Isso acontece diariamente, diariamente, mais de uma vez por dia.</i></p>
<p>ICOM_3.01_DENF_CCCA (Direção é bem participativa) – <i>a direção é bem ativa e participativa...houve muito a questão da escuta qualificada que a diretoria tem com os funcionários de ponta, então, tudo que vem a gente avalia e às vezes a gente coloca em prática e outras vezes não (...).</i></p>
<p>ICOM_3.02_DADM_MVAL (Médicos sempre buscam melhor tecnologia) – <i>nós mesmos a cada dia mais estamos reforçando isso...funcionários...na realidade os médicos sempre buscam a melhor tecnologia, buscam</i></p>

<i>as mudanças e estão sempre em contato com a gente e sempre abraça a causa né...a gente entende que é realmente importante.</i>
ICOM_3.03_DGER_CLXN (Direção sempre aberta) – <i>geralmente é desse jeito que surge né...os funcionários e os serviços trazem para a gente e... aqui não tem parede e está sempre aberto para atender.</i>
OSID_2.02_GINF_JEFV (Gestores identificam necessidades de equipamentos, melhorias e tecnologias das lideranças) – <i>Então é claro que os gestores também buscam, eles identificam, eles têm as fontes, informações deles, eles também trocam essa comunicação com as suas lideranças, né, então a partir daí saem as necessidades e a busca para equipamentos, melhorias, novas tecnologias, novos processos para serem implantados aqui.</i>
OSID_2.03_GOP_ISO (Médico solicita equipamentos) – <i>uma especialidade esse médico ele vai chegar e ele vai dizer olha, surgiu esse equipamento, será que a gente tem como ter isso que é melhor, como é que faz, ah, equipamento quem que a gente vai buscar, vamos buscar o pessoal da parte eletromedicinal que vai ver como que é o mercado, vamos atrás, qual é o custo, qual é a aplicabilidade.</i>
OSID_2.07_GEXE_SRO (Revisão anual a cada dois anos do planejamento estratégico) – <i>A coordenação do planejamento estratégico a gente faz a revisão anual do planejamento estratégico da instituição e aí a gente faz por cinco anos, normalmente é um período de cinco anos, tem uns três ou quatro anos que a gente tem encurtado esse prazo, por dois anos, desde a crise de 2014, então a gente encurtou esse prazo do planejamento estratégico, a gente faz uma revisão anual a cada dois anos para não (...)</i>

Fonte: Dados da pesquisa qualitativa (2021).

4.3.3.3 Categorias

Retornaram-se aos dados para reanalisar as citações e microanálises relacionadas às subcategorias, a fim de identificar propriedades e confirmar as categorias emergidas nas etapas anteriores ou identificadas. Isso possibilitou a redução conceitual, a confirmação e a identificação de novas categorias, com o apoio do RQDA e da documentação, registrando os memos (ou memorandos) das subcategorias agrupadas em categorias (acesso no *link* GitHub do item 19 do APÊNDICE L).

As categorias confirmadas e emergidas nessa etapa são classificadas em comum a todos os hospitais e, em específico, quando se refere apenas a uma unidade. Além das categorias emergidas, o agrupamento hierárquico dos *tokens* de palavras relevantes (Figura 7), também, identificaram-se novas, que são classificadas em categorias comuns: HOSPITAL, PACIENTE, REDE/REGULAÇÃO e SESAB; enquanto as específicas a cada hospital são: HGESF, OSID, CAPTAÇÃO, IMAGEM ORGANIZACIONAL, ICOM e PPP.

Os procedimentos realizados nessa etapa são exemplificados no Quadro 5 com as categorias FUNCIONÁRIOS e GESTORES (Figura 38 do APÊNDICE J). A documentação dos memorandos foi registrada no Memo do RQDA (Figura 39 do APÊNDICE J), destacando as propriedades, dimensões e associação entre categorias e, com isso, a redução com a elaboração de um conceito-chave.

Quadro 5 – Categoria validada na amostra (exemplificação do procedimento)

Categoria: FUNCIONÁRIOS
Memorando
<p>Conceito-chave: funcionários são participativos em reuniões, capacitações e treinamentos, com sugestões, ideias e soluções, por meio de mudanças e tecnologias para melhorar a assistência e reforçando o compromisso, motivação, satisfação e competência da equipe.</p> <p>Propriedades: participativos em reuniões com sugestão de ideias, soluções, melhorias, mudanças, compromisso, <i>expertise</i>, competência, satisfação, motivação, trabalha em grupo, capacitação, treinamento e, em alguns casos, resistentes às mudanças nos procedimentos assistenciais e operação de novas tecnologias.</p> <p>Dimensão: elevada participação com sugestões de melhorias e compromisso com a assistência impulsionam mudanças e obtenção de tecnologias para estruturar a assistência.</p> <p>Associação entre categorias: GESTORES, IMPLANTAR, ESTRUTURA ASSISTENCIAL e TECNOLOGIA</p>
Subcategorias por unidade de análise
<p>HGESF-OSID-ICOM: aberto a sugestões; capacitação e treinamento; comprometimento; e reuniões frequentes.</p> <p>HGESF: conflito e resistência à mudança.</p> <p>HGESF-ICOM: condições de trabalho; <i>expertise</i> e competência; satisfação e motivação</p> <p>OSID: grupos de trabalho multidisciplinar e visitas técnicas <i>benchmarking</i>.</p>
Categoria: GESTORES
Memorando
<p>Conceito-chave: gestores possuem atitude e interação para focar esforços em ideias, soluções e inovações com tecnologias que possibilitem melhorias nos controles e decisões voltadas à estruturação da assistência.</p> <p>Propriedades: atitude para estimular, impulsionar, desenvolver projetos, buscar melhores práticas com <i>benchmarking</i>, possibilitar condições para adaptação e mudança; interação com diálogo, reuniões, abertura para ideias e soluções inovadoras com tecnologias; controles e decisões.</p> <p>Dimensão: elevada atitude e interação com foco em ideias e soluções inovadoras com tecnologias possibilitam melhorias nos controles e decisões voltadas à estruturação da assistência.</p> <p>Associação entre categorias: ESTRUTURA ASSISTÊNCIA, FUNCIONÁRIOS, INOVAÇÃO MUDANÇA PROCESSO, TECNOLOGIA e SESAB (categoria emergida nessa etapa de codificação).</p>
Subcategorias por unidade de análise
<p>HGESF-OSID-ICOM: aberto a sugestões; condições de adaptação e mudanças; controle rígido, custos; decisões, base, indicadores; diálogo constante; foco, soluções e melhorias; gestores impulsionam inovação; ideias, soluções e tecnologias; e reuniões frequentes.</p> <p>HGESF: parceria para suprir necessidades.</p> <p>OSID: avaliação custo-benefício; Escritório de gerenciamento projetos; prioriza tecnologias de ponta/modernas e visitas técnicas, <i>benchmarking</i>.</p> <p>ICOM: desospitalização.</p> <p>HGESF-ICOM: atuação.</p> <p>OSID-ICOM: grupos de trabalho multidisciplinar.</p>

Fonte: Dados da pesquisa qualitativa (2021).

4.3.4 Codificação Axial

As notas da microanálise na etapa de codificação aberta possibilitaram reanalisar os dados para testar e validar os relacionamentos das subcategorias com as categorias. Essas relações foram validadas por triangulação das entrevistas por hospital, conforme podem ser conferidas

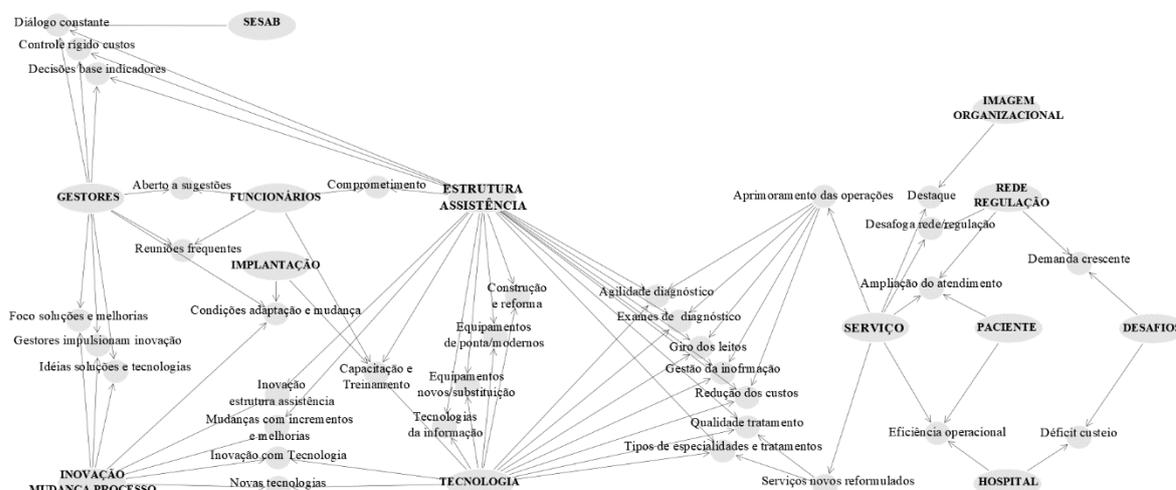
acessando o *link* GitHub do itens 23 e 24 do APÊNDICE L. Resultou na configuração de quatro diagramas, sendo o primeiro com categorias e subcategorias comuns a todos as unidades de análise e os três últimos específicos, respectivamente, ao HGESF, à OSID e ao ICOM

A Figura 8 ilustra o primeiro diagrama, demonstrando os relacionamentos comuns aos três hospitais pesquisados. No desenvolvimento dessa criou-se a subcategoria “aprimoramento das operações” para demonstrar agrupamento da estrutura melhor, infraestrutura, climatização, tecnologia melhor, serviço de apoio clínico, agilidade de diagnóstico, exames de diagnóstico, gestão da informação, giro dos leitos e redução dos custos, assim como, a subcategoria e “serviços novos ou reformulados”, demonstrando agrupamento entre qualidade tratamento, tipos de especialidades e tratamentos e tipos de exames de diagnóstico, assim, possibilitando visualizar os tipos de inovações resultantes das mudanças na estrutura assistencial com tecnologia e seus impactos nos serviços.

Para a visualização do diagrama, definiram-se legendas, indicando as diferenças entre categorias e subcategorias, assim como, entre essas últimas relacionadas aos modelos de gestão e respectivas unidades hospitalares. As categorias são representadas por elipses, e nomenclatura com texto em negrito e caixa alta, enquanto que as subcategorias são, respectivamente, apresentadas em círculos menores com a primeira letra do texto em maiúsculo e as demais em caixa baixa. As diferenças entre as unidades de análise se destacam em cores para cada hospital e estão ilustradas nos diagramas seguintes (Figura 8).

Figura 8 – Rede de relacionamentos comuns ao HGESF-OSID-ICOM (*Graph-RQDA*)

Categorias e subcategorias comuns ao HGESF-OSID-ICOM

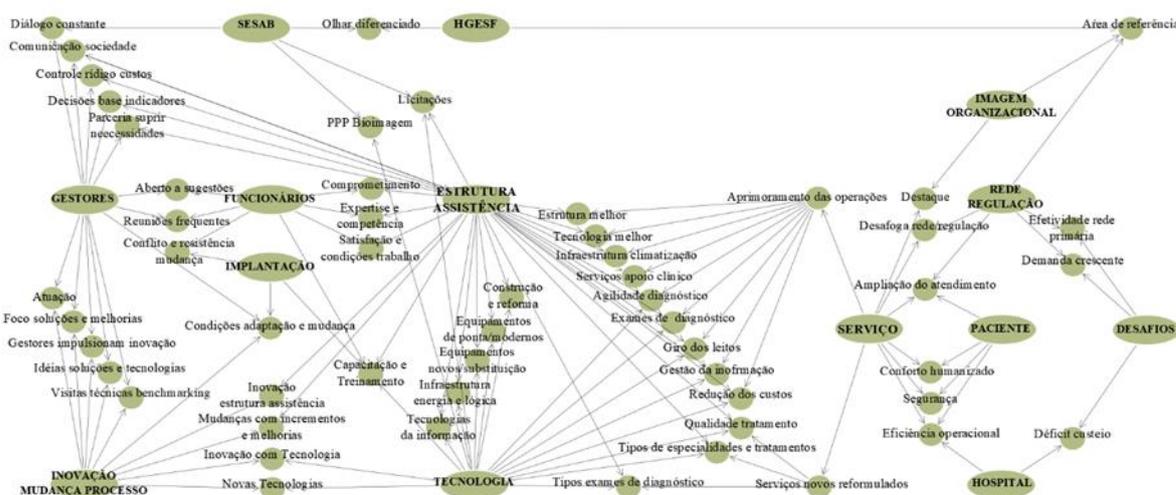


Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados qualitativos da pesquisa (2021).

O segundo diagrama ilustra as especificidades das relações entre as subcategorias e categorias do HGESF. Com isso, evidencia-se que o hospital HGESF busca a SESAB para obtenção de tecnologias e estrutura para a assistência, assim como, utilizando da PPP de Bioimagem para complementar a capacidade tecnológica da unidade de saúde.

Figura 9 – Rede de relacionamentos específicos do HGESF (*Graph-RQDA*)

Categorias e subcategorias específicas do HGESF (APD)

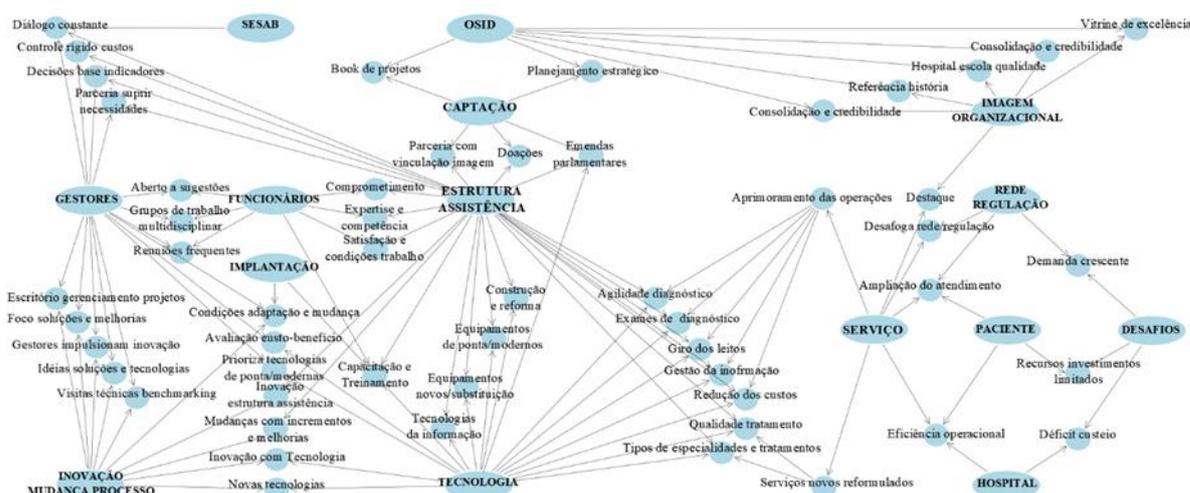


Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados qualitativos da pesquisa (2021).

O terceiro diagrama evidencia cinco subcategorias relacionando à imagem organizacional com da OSID, com isso, possibilitando alternativas de captação de recursos para custear a assistência e obtenção de tecnológicos (Figura 10).

Figura 10 – Rede de relacionamentos específicos do OSID (*Graph-RQDA*)

Categorias e subcategorias específicas do OSID (OSS)

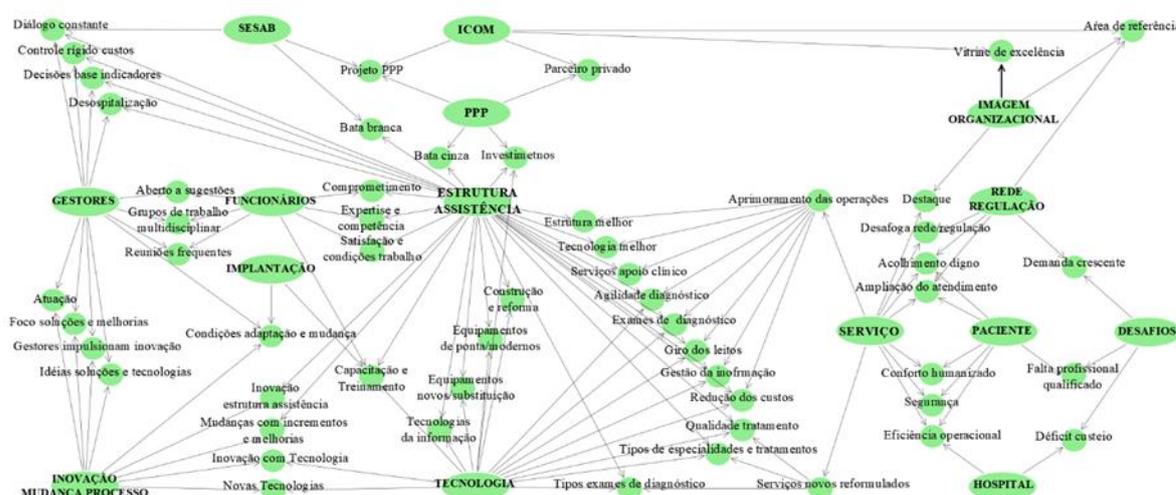


Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados qualitativos da pesquisa (2021).

O quarto e último diagrama, refere-se à rede de relacionamentos do ICOM, com destaque para PPP atuando na estrutura assistencial e nas tecnologias. Esse modelo de gestão evidencia a categoria PPP, impactando, positivamente, com as categoriais tecnologia, estrutura, assistência, destacando-se as subcategorias relacionadas ao reforço da equipe e serviços de apoio clínico, com isso, impactando na categoria imagem organizacional da PPP, como vitrine na prestação de serviços, em sua área de referência na rede/regulação. (Figura 11).

Figura 11 – Rede de relacionamentos específicos do ICOM (*Graph-RQDA*)

Categorias e subcategorias específicas do ICOM (PPP)



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados qualitativos da pesquisa (2021).

4.3.5 Codificação Seletiva

A partir da codificação e dos relacionamentos identificados, procedeu-se com a integração e o refinamento da rede de relacionamentos. Retornando aos dados e revisando as documentações (Anotações e Memos), confirmou-se, nessa pesquisa, a força das categorias e a estabilidade dos relacionamentos propostos na codificação axial, com isso, definindo a categoria ESTRUTURA ASSISTENCIAL, como central na dinâmica de inovação no ambiente organizacional.

O caráter central da estrutura assistencial reforça a sua importância no setor saúde e indica o foco dos esforços de inovação nos hospitais pesquisados. As propriedades, dimensões e relacionamentos dessa categoria central são documentados no memorando no Quadro 6.

Quadro 6 – Propriedades, dimensões, relacionamentos da categoria central

Categoria: ESTRUTURA ASSISTENCIAL
Memorando
<p>Conceito-chave: interação entre gestores e funcionários inovam a estrutura assistencial com mudanças e a obtenção de tecnologias, impactando no aprimoramento das operações e na oferta de serviços novos e/ou reformulados.</p> <p>Propriedades: decisões com base em indicadores, controle rígido dos custos, contando com a participação e o comprometimento de funcionários capacitados, com <i>expertise</i> e motivados, somado aos investimentos com construção/reforma, equipamentos novos/substituição, equipamentos de ponta/modernos e tecnologias da informação. Possibilitam aprimorar as operações na assistência e oferecer serviços novos ou reformulados.</p> <p>Dimensão: elevada interação entre gestores e funcionários comprometidos, capacitados e motivados impulsionam inovações com mudanças e obtenção de tecnologias, impactando no aprimoramento das operações e oferta de serviços novos ou reformulados.</p> <p>Associação entre categorias: FUNCIONÁRIOS; GESTORES; IMPLANTAÇÃO; INOVAÇÃO MUDANÇA PROCESSO; TECNOLOGIA; SERVIÇOS; SESAB; CAPTAÇÃO; PPP.</p>
Subcategoria por unidade de análise
<p>HGESF-OSID-ICOM: agilidade diagnóstico; Capacitação e treinamento; Comprometimento; Controle rígido custos; Decisões base indicadores; Exames de diagnóstico; Gestão da informação; Giro dos leitos; Inovação estrutura assistência; Mudanças com incrementos e melhorias; Qualidade tratamento; Tipos de especialidades e tratamentos;</p> <p>HGESF: infraestrutura climatização; Infraestrutura energia e lógica; Licitações; PPP Bioimagem;</p> <p>OSID: doações; Emendas parlamentares; Parceria com vinculação imagem.</p> <p>ICOM: bata branca; Bata cinza; Investimentos; Tecnologia melhor.</p> <p>HGESF-OSID: parceria; suprir necessidades.</p> <p>HGESF-ICOM: condições de trabalho; Desospitalização; Estrutura melhor; Expertise e competência; Serviços apoio clínico; Tipos exames diagnóstico.</p>

Fonte: Dados da pesquisa qualitativa. (2021).

A centralidade da categoria estrutura assistencial possibilitou evidenciar como as demais categorias afetam à categoria central e o seu impacto sobre as outras. As categorias que afetam são: gestores, funcionários, implantação, inovação, mudança, processo, SESAB, PPP e captação; as que são impactadas de forma direta são: serviços com reflexo no hospital, imagem organizacional, paciente e rede/regulação.

O relacionamento entre as categorias, gestores e funcionários destaca as características desses e as atitudes voltadas para impulsionar inovações com mudanças nos processos assistenciais. Para isso, os gestores têm uma atuação diversificada, que vai desde a receptividade até o refinamento das sugestões dos funcionários e buscam alternativas para realizar as mudanças e obter novas tecnologias para estruturar a assistência, bem como, favorecem as condições para sua implantação.

A categoria inovação mudança processo refina as decisões dos gestores para focar em mudanças e tecnologias com maior potencial de benefícios. Esse refinamento, também orienta a preparação da implantação dessas mudanças e o uso dessas tecnologias, assim, reforçando o compromisso dos funcionários, aperfeiçoando as decisões e os controles dos gestores.

O HGESF e o ICOM conseguem se adequar às alternativas da SESAB para estruturar a assistência com novas tecnologias, indicando reunir algumas condições para isso, com olhar

diferenciado, referência na rede/regulação e atuação dos gestores. A força da imagem organizacional da OSID, vinculada à trajetória e ao trabalho da Santa Irmã Dulce, impulsiona o destaque de seu potencial de planejamento, captação de doações e realização de parcerias para complementar o custeio com a assistência e conseguir Emendas Parlamentares para a obtenção de novas tecnologias e melhoria da estrutura assistencial.

A categoria estrutura assistencial, correlacionada com tecnologia, impacta nos serviços de saúde com o aprimoramento das operações e da oferta de novos serviços ou reformas. O aprimoramento está relacionado com a gestão eficiente da demanda, redução de custos e oferta de novos serviços ou reformulações com atendimento às demandas da população por novas alternativas de tratamentos e melhorias dos atuais com cuidado e maior acessibilidade.

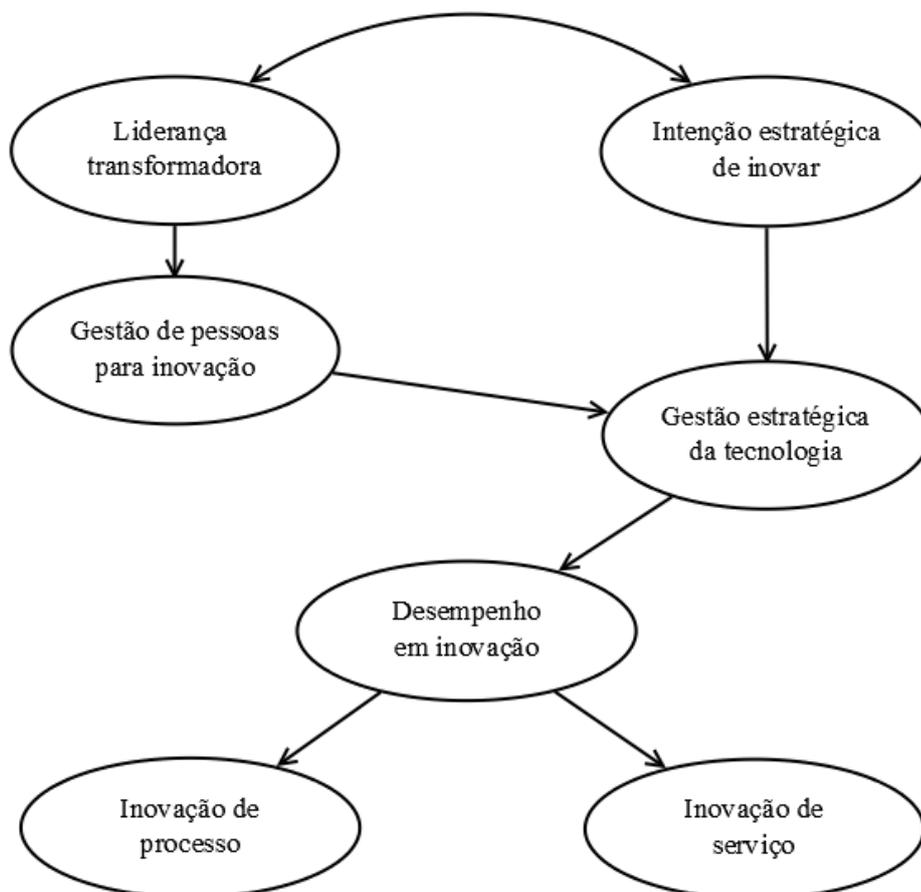
O impacto da categoria central nos serviços beneficia o hospital, pacientes, rede e imagem organizacional. Tem como efeitos indiretos atenuar os desafios do setor saúde, assim como, reforçar a imagem organizacional na rede/regulação, reafirmando o posicionamento de destaque com melhores condições desses hospitais.

4.3.6 Discussão dos resultados

Analisaram-se as categorias da minúcia da dinâmica organizacional evidenciada nas etapas de codificação para contrastar com os fatores e trajetórias relacionais do modelo teórico suportados na amostra e as dimensões da proposta conceitual da dinâmica de inovação em serviços de saúde delineada nessa pesquisa.

Iniciou-se verificando e destacando as categorias com os fatores determinantes e resultantes da capacidade de inovação suportados na amostra, conforme se observa na Figura 12.

Figura 12 – Fatores determinantes e resultantes suportados na amostra

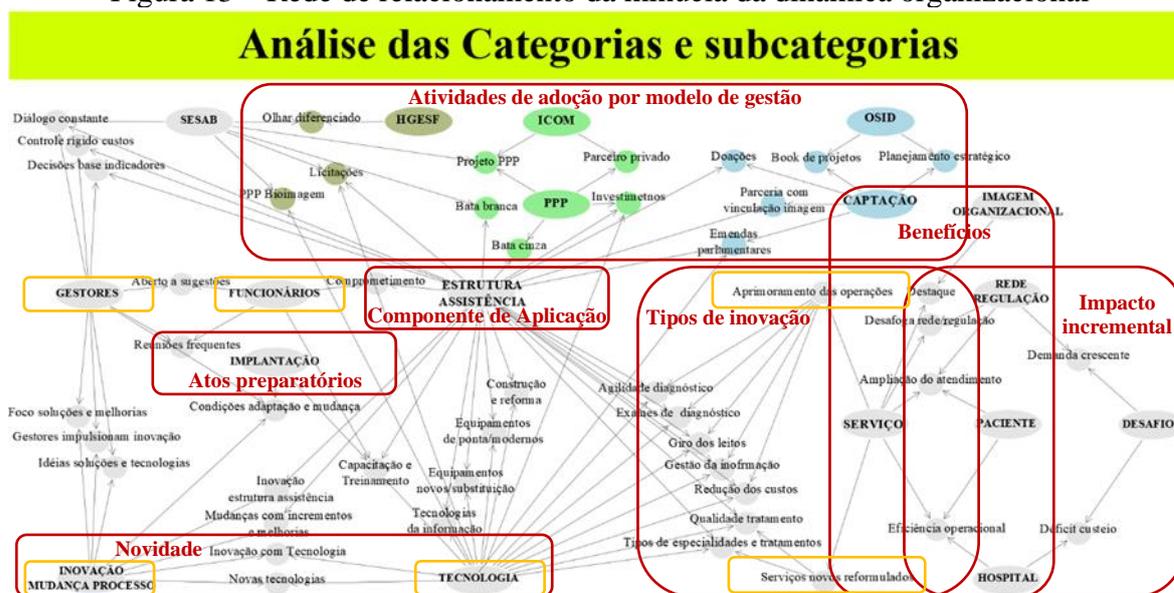


Fonte: Analisado com dados da pesquisa quantitativa (2020).

Com isso verificou-se, também, as dimensões da dinâmica de inovação (Figura 2) no âmbito organizacional para compreender a manifestação da inovação em serviços de saúde.

A partir dessas verificações, analisou-se a rede de relacionamento da minúcia da dinâmica organizacional. Confirmou-se o fundamento teórico das categorias emergidas nessa pesquisa nos fatores determinantes da capacidade de inovação interagindo com as dimensões dinâmica de inovação em serviços de saúde, com destaque para essa interação como importante avanço teórico dessa pesquisa.

Figura 13 – Rede de relacionamento da minúcia da dinâmica organizacional



Fonte: Dados da pesquisa qualitativa (2021)

Os retângulos em amarelo fundamentam os fatores determinantes suportados no modelo de capacidade de inovação, enquanto os vermelhos com nomenclaturas fundamentam as dimensões da dinâmica de inovação em serviços de saúde. As categorias na rede de relacionamento são analisadas, individualmente, para confirmar a fundamentação teórica.

A liderança transformadora suportada na análise quantitativa com maior peso, fundamenta e confirma a categoria de gestores. Essa categoria reflete esse peso, pois apresenta ampla interação; outras por meio das subcategorias vinculadas, indicam atuação ativa e diversificada na dinâmica organizacional relacionada à abertura e ao desenvolvimento de soluções inovadoras com mudanças e novas tecnologias, buscando alternativas para atender essas soluções e dar condições para implantação dessas soluções (VALLADARES, 2012; KEARNEY; HARRINGTON; KELLIHER, 2014; SLATER; MOHR; SENGUPTA, 2014; KIM; PARK; PAIK, 2018).

O fator gestão de pessoas para inovação fundamenta a categoria funcionários na interação com gestores. A categoria funcionários indica comprometimento e participação ativa nessas soluções inovadoras, sugerindo-as aos gestores, assim como, participando dos processos de implantação para melhor aproveitamento das melhorias na assistência, confirmando a importância desse fator para a dinâmica de inovação (VALLADARES, 2012; SAMSON; GLOET, 2014; AKINWALE; AKINBAMI; AKARAKIRI, 2018; KHAN; NAEEM, 2018).

A intenção estratégica de inovar fundamenta a categoria inovação, mudança e processo com destaque para a sua interação com gestores e tecnologias. Essa categoria evidencia um

ambiente organizacional favorável a sugestões e desenvolvimento de ideias que cultivem e impulsionem as inovações, com mudanças e novas tecnologias aplicadas na assistência. Além disso, essa categoria indica reunir as informações quanto às necessidades ou às condições necessárias para implementação dessas sugestões inovadoras para maximizar seus benefícios e superar possíveis resistências à mudança (VALLADARES, 2012; HARYANI; GUPTA, 2017; PRANGE; PINHO, 2017; LE; LEI, 2019).

O fator da gestão estratégica da tecnologia se destacou na análise quantitativa como o principal efeito direto no desempenho em inovação de serviço e de processo. Esse fator fundamenta a categoria tecnologia como principal ativo para gerar desempenho superior (VALLADARES, 2012; HARYANI; GUPTA, 2017; SU *et al.*, 2018; WANG; ZHANG, 2018; CHEN; WANG; HUANG, 2019). Para tanto, a minúcia da dinâmica organizacional evidenciou a correlação da tecnologia com a estrutura assistencial nos hospitais pesquisados, possibilitando o equilíbrio entre a gestão eficiente dos custos e qualidade do cuidado, com aprimoramento das operações e oferta de serviços novos ou reformulados para maximizar os benefícios dos serviços de saúde para a sociedade (BARBOSA; GADELHA, 2012; FRANCISCO; MALIK, 2019; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Analisando a dinâmica de inovação em serviços de saúde, verifica-se a dimensão da novidade, comportando teoricamente as categorias inovação, mudança, processo e tecnologias. As sugestões, ideias e informações direcionadas às mudanças e às novas tecnologias aplicadas na assistência estão relacionadas com elemento da novidade que desencadeia as inovações consideradas bem-sucedidas em termos de melhores condições para os hospitais pesquisados (WEST, 1990; LÄNSISALMI *et al.*, 2006; OMACHONU; EINSPRUCH, 2010; THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; CARDOSO; SILVA; VIEIRA, 2016; ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).

Para viabilizar a novidade, os hospitais pesquisados se diferenciam em categorias fundamentadas na dimensão atividade de adoção (Figura 2). Essas diferenças enfatizam as principais especificidades dos modelos de gestão (APD, OSS e PPP) desses hospitais, evidenciadas nessa pesquisa e que estão relacionadas com alternativas de investimentos e recursos para viabilizar a obtenção de tecnologias e estruturação da assistência, bem como, complementação para custear as operações (OSLO, 2004; BARBOSA; GADELHA, 2012; ROSIS; NUTI, 2018).

Com a viabilização das novidades, os gestores avançam na dimensão relacionada aos atos preparatórios. Essa dimensão consiste em preparar o ambiente organizacional para receber

a novidade visando maximizar os benefícios. Nesse sentido, fundamenta-se a categoria implantação, relacionada à atuação dos gestores para viabilizar alternativas de investimentos para construção e reforma, condições de trabalho para a mudança, capacitação e treinamento para alcançar altos níveis de desempenho da novidade (OSLO, 2004; ELLNER; STOUT; SULLIVAN, 2015; PAUGET; WALD, 2018).

A aplicação da novidade compreende a dimensão componente de aplicação com possibilidade de gerar os maiores benefícios pretendidos. Com a viabilidade da novidade de forma diferenciada dos modelos de gestão essa é aplicada na assistência hospitalar, assim, a dimensão do componente de aplicação fundamenta a categoria central da rede de relacionamento que é a estrutura assistencial (WEST, 1990; OMACHONU; EINSRUCH, 2010; THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).

Os tipos de inovação de serviços e de processos, contrastados com desempenho em inovação são considerados elementos comuns e fundamentam a categoria de serviços que se desdobra nas subcategorias: serviços novos e reformulados e aprimoramento das operações. Essa categoria se apresenta como o elemento de integração da capacidade de inovação com a dinâmica de inovação em serviços de saúde que resultam nos principais benefícios e impactos emergidos da minúcia dessa dinâmica organizacional (FERREIRA *et al.*, 2014; MOREIRA; GHERMAN; SOUSA, 2017; ROSIS; NUTI, 2018; SEHGAL; GUPTA, 2020; BERTASSO *et al.*, 2021).

A dimensão benefícios fundamenta as categorias imagem organizacional, hospital, paciente e rede/regulação. Os serviços reformulados beneficiam o hospital, equilibrando a gestão eficiente dos custos e da qualidade do cuidado na área de referência, possibilitando melhores níveis de desempenho para dar conta da demanda crescente dos pacientes na rede/regulação, com isso, refletem na imagem organizacional de destaque (WEST, 1990; OMACHONU; EINSRUCH, 2010; THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).

O impacto incremental é a dimensão que fundamenta os benefícios das categorias hospital e pacientes na categoria desafios. Esse impacto é considerado incremental, porque não cria ou implementa algo novo em substituição, mas apenas inclui ou reformula os serviços com aprimoramento das operações, a partir da participação dos funcionários com interação dos gestores para promover as mudanças e obter novas tecnologias, atenuando assim os efeitos dos

desafios ou pressões do setor de saúde relacionados à demanda crescente dos pacientes e da necessidade de equilibrar a gestão eficiente dos custos e da qualidade dos cuidados no hospital (OSLO, 2004; FERREIRA *et al.*, 2014; CARDOSO; SILVA; VIEIRA, 2016; KHADIJEH, *et al.*, 2019; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019; SANJEEWANI; GARIMA, 2019).

4.4 FATORES DETERMINANTES E DINÂMICA DE INOVAÇÃO

A partir da análise dos resultados apresentados foi possível evidenciar os fatores determinantes como parte integrante e impulsionador da dinâmica de inovação em serviços de saúde, por meio da obtenção de novas tecnologias aplicadas na assistência, resultando em melhorias nas condições do desempenho nos diferentes tipos de modelos de gestão hospitalar.

4.4.1 Fatores de determinantes de maior impacto

O modelo teórico de medição proposto e validado na amostra dessa pesquisa, demonstrou que os hospitais pesquisados e gerenciados pelos modelos de gestão dos tipos APD, OSS e PPP, apresentam fatores determinantes de efeito direto e indireto no desempenho em inovação (LAWSON; SAMSON, 2001; SAUNILA; UKKO, 2012; RAJAPATHIRANA; HUI, 2018). Os fatores de efeito direto e indireto suportados na amostra impactam, consideravelmente, no desempenho em inovação de serviço e de processo (VALLADARES, 2012; SALUNKE; WEERAWARDENA; MCCOLL-KENNEDY, 2019).

A análise dos fatores de efeitos indiretos da liderança transformadora, por meio da gestão de pessoas para inovação e a intenção estratégica de inovar, afetando o fator de efeito direto da gestão estratégica da tecnologia confirmam o impacto positivo no desempenho em inovação. Esses fatores influenciam, positivamente, em 89% ($R^2 = 0,89$) na amostra geral o desempenho em inovação, com destaque para a OSID que apresentou maior valor de influência de 94% ($R^2 = 0,94$), enquanto o HGESF e ICOM apresentaram igualmente o valor de 75% ($R^2 = 0,75$).

O fator liderança transformadora apresentou elevada correlação (0,85), com a intenção estratégica de inovar na amostra geral e, especificamente, no HGESF (0,92), OSID (0,70) e ICOM (0,77). A elevada força associativa desses fatores evidencia atuação estratégica da liderança nas decisões orientadas para criação de melhores condições com aproveitamento das inovações, com destaque para o HGESF demonstrando maior força do fator liderança

(VALLADARES, 2012; KEARNEY; HARRINGTON; KELLIHER, 2014; SLATER; MOHR; SENGUPTA, 2014; KIM; PARK; PAIK, 2018).

A liderança transformadora apresentou influência no fator gestão de pessoas para inovação. Essa influência evidencia uma liderança que favorece o diálogo constante entre liderança e funcionários, assim como, a criação de um ambiente de estímulo as mudanças e a criação de soluções e ideias inovadoras nos hospitais pesquisados (VALLADARES, 2012; SAUNILA, 2017).

A gestão de pessoas para inovação e a intenção estratégica de inovar demonstram os mecanismos gerenciais de influência na gestão estratégica da tecnologia. O fator liderança transformadora consegue abrir um diálogo e captar as sugestões de novidades com inovações dos funcionários, assim como, canaliza essas ideias inovadoras para orientação das decisões e estratégias por meio do fator intenção estratégica. Esses dois fatores atuando como mecanismos gerenciais, com apoio das tecnologias, confirmam a influência elevada na gestão estratégica da tecnologia (VALLADARES, 2012; SAUNILA, 2017).

O fator gestão estratégica da tecnologia é o principal, de efeito direto no desempenho em inovação (Tabela 19), apresentando maior peso identificado na OSID (Figuras 19, 22, 23 e 24). Isso indica uso mais expressivo das tecnologias para promover inovações de impacto no desempenho nesse tipo de modelo (OSS), assim como nos demais modelos, confirmando a importância estratégica das tecnologias para alcançar melhores condições nos hospitais pesquisados (GUAN; MA, 2003; SAUNILA; UKKO, 2012; MARTÍNEZ-ROMÁN; ROMERO, 2017).

Esses fatores de efeito indireto e direto com apoio de tecnologias, também, são evidenciados na análise dos dados qualitativos como, respectivamente, gestores (equivalente a liderança transformadora), funcionários (gestão de pessoas para inovação), novidades relacionadas a categoria inovação com mudanças nos processos assistenciais (intenção estratégica de inovar) e tecnologia (gestão estratégica da tecnologia). Nesse sentido, afetados por esses fatores, as tecnologias são consideradas os ativos de maior relevância para a inovação, capazes de gerar benefícios de maior impacto nos serviços hospitalares (BARBOSA; GADELHA, 2012; FRANCISCO; MALIK, 2019; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Assim, o fator gestão estratégica das tecnologias é afetado, com maior peso, pela liderança transformadora, por meio da intenção estratégica de inovar e da gestão de pessoas para inovação. Esses fatores confirmam a importância da interação entre gestores e funcionários para impulsionar a inovação (VALLADARES, 2012; SAMSON; GLOET, 2014; HARYANI;

GUPTA, 2017; AKINWALE; AKINBAMI; AKARAKIRI, 2018; KHAN; NAEEM, 2018; LE; LEI, 2019), com mudanças nos processos assistenciais dos hospitais, conforme evidenciado na análise dos dados qualitativos (WEST, 1990; OMACHONU; EINSRUCH, 2010; THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012; ALVAREZ PULIDO; SERRANO CARDENAS; BRAVO IBARRA, 2017; SALAMA; LEE; AFSHIN, 2019).

4.4.2 Dinâmica organizacional

A análise dos dados qualitativos confirmou a dinâmica de inovação envolvendo a relação dos fatores determinantes e outras dimensões emergidas impactando no desempenho em inovação. Destaca-se nessa dinâmica a relação entre gestores, funcionários e imagem organizacional, interagindo de forma dinâmica para obtenção das tecnologias assistenciais.

A liderança transformadora, afetando a gestão de pessoas para inovação, fundamenta as categorias gestores, interagindo com funcionários para idealizar melhorias na assistência. Essas categorias desencadeiam esse processo que passa pelo refinamento do fator intenção estratégica de inovar, fundamentando a categoria inovação com mudança no processo, para decidir sobre essas tecnologias com maior potencial de benefícios.

O fator da gestão estratégica da tecnologia fundamenta a categoria tecnologia, evidenciada nessa pesquisa como a novidade necessária para estruturar a assistência. Para obtenção dessas tecnologias, a associação entre as categorias de gestores, hospitais e imagem organizacional interagem com os atos de adoção, envolvendo alternativas para viabilizá-las, de acordo com as peculiaridades de cada tipo de modelo de gestão.

As categorias relacionadas às atividades de adoção são as principais diferenças identificadas entre os hospitais. Observa-se na rede de relacionamento da dinâmica organizacional que o diferencial da HGESF, com olhar diferenciado e ICOM, com a PPP, está associada com a SESAB, enquanto a OSID tem uma forte associação com a imagem organizacional, as quais possibilitam a obtenção das tecnologias aplicadas na assistência que afetam, positivamente, o desempenho em inovação.

Os atos preparatórios relacionados à categoria implantação são impulsionados pelos gestores associados à inovação mudança/processo. Isso indica que na fase de refinamento das sugestões de mudanças e novas tecnologias são delineadas as condições de trabalho, capacitação e treinamento, com foco nos funcionários para maximizar o potencial de benefícios das novidades.

Essas novas tecnologias e a viabilização dos atos preparatórios para as mudanças são direcionadas para estruturar a assistência. As construções e reformas impulsionam ou são impulsionadas pelas novidades tecnológicas, numa correlação que resulta em adequação dos ambientes assistências, voltados ao equilíbrio na relação entre gestão eficiente dos recursos e qualidade dos cuidados com os pacientes, detalhados nas subcategorias relacionadas na Figura 8.

4.4.3 Melhorias nas condições do desempenho hospitalar

A rede de relacionamento da dinâmica organizacional evidenciou as melhorias dos indicadores relacionados às subcategorias afetadas pelas categorias estrutura, assistência e tecnologia. Essas subcategorias são agrupadas nessa pesquisa em novos serviços, reformuladas e aprimoradas em operações, as quais, fundamentam-se teoricamente em inovação de serviços e de processos.

Os serviços novos e reformulados evidenciam os indicadores relacionados a esse agrupamento, destacando-se as inovações em serviços. A criação de novos tipos de especialidades e melhorias na qualidade dos tratamentos existentes indicam melhores condições criadas nos hospitais pesquisados, destacando-se o HGESF e o ICOM que agregam além desses, novos tipos de exames.

A melhoria desses condições apresenta efeitos benéficos no setor de saúde. Os benefícios observados na rede de relacionamento da dinâmica organizacional indicam ampliação do atendimento e destaque para a imagem organizacional com impacto no desafio da demanda crescente dos pacientes na rede/regulação da Bahia.

No aprimoramento das operações, identificaram-se, nos três hospitais pesquisados, melhorias relacionadas às subcategorias de menor tempo de diagnóstico, ampliação da oferta de exames, melhorias no fluxo e comunicação das informações, maior giro dos leitos e redução dos custos. Destaca-se no HGESF e no ICOM, além dessas outras subcategorias relacionadas às melhorias nos serviços clínicos, estrutura da da assistência e, apenas no ICOM, tecnologias novas ou de ponta/modernas.

Destacam-se essas melhorias nas condições pela quantidade e por afetar todas as categorias relacionadas aos benefícios e impactos no setor de saúde. As inovações aprimoram as competências desses hospitais para prestar assistência hospitalar com maior eficiência e, ao

mesmo tempo, com ampliação do atendimento de forma a criar uma imagem organizacional de destaque na rede/regulação.

Assim, essas melhorias nas condições de desempenho identificados nessa pesquisa, possibilitam aos hospitais analisados, reagirem às principais pressões do setor saúde, relacionados à demanda crescente, envelhecimento populacional, mudanças no perfil epidemiológico, dinâmica e alterações tecnológicas constantes. Dessa forma, conseguem reagir à essas pressões equilibrando a relação entre gestão eficiente dos custos e qualidade da assistência. Além disso, as melhorias nas condições de desempenho refletem na imagem organizacional dos hospitais pesquisados, destacando-os na rede/regulação que, em certa medida, depende do tipo de modelo de gestão adotado, influenciando na obtenção de tecnologias para alcançar e sustentar as melhorias.

5 CONCLUSÕES

Os resultados das fases quantitativa e qualitativa apresentaram evidências suficientes para responder ao problema delineado nessa pesquisa. A seguir, são sintetizadas a resposta ao problema de pesquisa, o alcance dos objetivos, as contribuições teóricas, metodológicas e de gestão para avançar nesse campo de pesquisa, assim como, são identificadas as limitações e apresentada uma proposta de agenda para continuidade da pesquisa.

5.1 RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA

Os resultados das fases quantitativa e qualitativa respondem o problema delineado nessa pesquisa que foi: como as práticas declaradas nas entrevistas pelos gestores contribuem para minuciar a dinâmica organizacional, a partir da relação entre os fatores determinantes, impactando no desempenho em inovação nos hospitais gerenciados pelos modelos de gestão dos tipos APD, OSS e PPP, por meio de uma análise de métodos mistos sequenciais.

A partir da mensuração dos fatores determinantes e da minúcia organizacional foi possível evidenciar uma dinâmica de inovação envolvendo a relação entre os fatores de maior influência (liderança transformadora, intenção estratégica de inovar, gestão de pessoas para inovação e gestão estratégica da tecnologia) e outras dimensões emergidas que, também, influenciam no desempenho em inovação (implantação, imagem organizacional e estrutura assistencial). Evidenciaram-se outras categorias como serviços impactando positivamente na rede/regulação, paciente e hospital, favorecendo melhores condições para os hospitais reagirem aos efeitos das pressões que desafiam o setor.

Os fatores de maior efeito no desempenho em inovação são a gestão estratégica da tecnologia, afetado pela liderança transformadora, por meio da intenção estratégica de inovar e gestão de pessoas para inovação. As diferenças entre os tipos de modelos de gestão se destacam na relação entre liderança transformadora com intenção estratégica de inovar e gestão de pessoas que, na análise qualitativa, evidenciaram-se subcategorias específicas relacionadas, respectivamente, à PPP (ICOM) e à OSS (OSID) com visitas técnicas e *benchmarking* e ao APD (HGESF) e PPP (ICOM) com satisfação e motivação, bem como, *expertise* e competência.

Na análise qualitativa, confirmou-se tal qual evidenciado na fase quantitativa, o uso estratégico das tecnologias impulsionando inovações com mudanças nos processos assistenciais. A idealização e o refinamento das tecnologias são representados na rede de

relacionamento da dinâmica organizacional, a partir da atuação dos gestores e dos funcionários interagindo com os recursos organizacionais (imagem organizacional) para obtenção dessas novas tecnologias assistenciais.

Assim, possibilitaram-se melhores níveis de desempenho em inovação, que foram agrupados nas subcategorias serviços novos e reformulados com aprimoramento das operações. Essas refletem as inovações de serviços e de processos identificados nos modelos de gestão dos tipos APD, OSS às pressões do setor.

5.2 DESENVOLVIMENTO DOS OBJETIVOS

Os resultados foram alcançados com o desenvolvimento de três objetivos em duas fases metodológicas de forma sequencial. A fase quantitativa possibilitou a validação de um modelo teórico proposto nessa tese para mensurar os fatores determinantes de maior impacto no desempenho em inovação em hospitais gerenciados pelos diferentes tipos de modelos de gestão, expandindo-se a análise para a fase qualitativa para minuciar a dinâmica organizacional, a partir da relação entre os fatores determinantes com desempenho em inovação confirmados na fase quantitativa.

A análise por meio da CFA e AMI demonstrou validação adequada do modelo teórico proposto para o setor de prestação de serviços de saúde em geral, especialmente, em hospitais. Ficou demonstrada a plausibilidade do modelo validado, assim como o instrumento psicométrico (questionário) para mensurar os fatores determinantes e confirmar aqueles de impacto estatisticamente significativo no desempenho em inovação.

Com o modelo teórico validado foram mensurados os fatores determinantes de efeito direto, indireto e moderador. Das hipóteses delineadas para essas relações estruturais, foram confirmados os fatores determinantes de efeito indireto da liderança transformadora, intenção estratégica de inovação e gestão de pessoas para inovação, assim como, o fator de efeito direto da gestão estratégica da tecnologia. Os fatores de efeito direto do conhecimento do paciente sobre o tratamento e de efeitos moderadores da organicidade da estrutura organizacional e gestão de projetos impactando no desempenho em inovação não se confirmaram nos hospitais pesquisados.

A partir das evidências da análise quantitativa, mensurando e confirmando os fatores de efeito direto e indireto, afetando o desempenho em inovação no HGESF, OSID e ICOM, avançou-se para a análise em profundidade das entrevistas realizadas com os gestores

estratégicos desses hospitais. Os resultados evidenciados nos três hospitais demonstram a relação entre as categorias gestores, funcionários e inovação mudança, processo com apoio da tecnologia, impactando na estrutura assistencial. Com isso, aprimorando as operações e criando novos ou reformulando os serviços existentes de forma a impulsionar melhorias nas condições para melhorar o funcionamento da rede/regulação, ampliar a capacidade de atendimento e aumentar a eficiência operacional, mitigando algumas pressões em relação a demanda crescente e o déficit no custeio.

Os fatores determinantes confirmados na fase quantitativa foram identificados nas categorias da fase qualitativa. Assim, o fator liderança estratégica foi relacionado com a categoria gestores, a gestão de pessoas para inovação com funcionários, a intenção estratégica de inovar com inovação, mudança e processo e a gestão estratégica da tecnologia com tecnologia.

Além dessas, identificaram-se novas categorias que emergiram dos dados qualitativos, demonstrando relação com esses fatores e aspectos peculiares dos serviços hospitalares. Essas categorias são a implantação da novidade tecnologia com foco na categoria estrutura assistencial e o impacto na imagem organizacional que contribui para obtenção de tecnologias por meio dos diferentes tipos de modelos de gestão, assim como, categorias relacionadas às atividades específicas do setor de saúde como serviço, rede/regulação, paciente/usuário, hospitais e desafios.

Com o desenvolvimento desses objetivos por meio de abordagem de métodos mistos, sequencial foi possível minuciar a dinâmica de inovação, explorando a relação entre os fatores determinantes confirmados na fase quantitativa de impacto no desempenho de inovação nos hospitais pesquisados. Os resultados revelam esses fatores relacionados com categorias emergidas na fase qualitativa, atuando de forma integrada e orientada para estruturar assistência com apoio de tecnologias, impactando em inovações nos processos (subcategoria aprimoramento das operações) e nos serviços (subcategoria novos e reformulados) de forma a possibilitar melhores condições de desempenho hospitalar.

5.3 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

As contribuições teóricas são identificadas no desenvolvimento dessa pesquisa. Foi possível avançar em seis contribuições relevantes: validação de modelo teórico e instrumento psicométrico, confirmação das hipóteses relacionais dos fatores determinantes com

desempenho em inovação nos hospitais, diferencial estratégico da capacidade de inovação, proposta teórica de dinâmica de inovação em serviços de saúde, categoria serviço, englobando as subcategorias serviços novos e reformulados e aprimoramento das operações e, a última, ampliação da categorias benefícios para a imagem organizacional e a rede/regulação evidenciados nessa pesquisa.

O modelo teórico com o instrumento psicométrico proposto e validado nessa tese é confirmado como a primeira contribuição teórica. Com isso, amplia-se o conhecimento nesse campo de pesquisa com constructos capazes de mensurar os fatores determinantes impactando no desempenho em inovação nos hospitais gerenciados pelos diferentes tipos de modelos de gestão e possível ampliação para as demais organizações prestadoras de serviços de saúde.

A mensuração e a confirmação das hipóteses relacionais dos fatores determinantes desse modelo teórico, afetando o desempenho em inovação de serviço e de processo, reafirmam a segunda contribuição teórica. Isso possibilitou confirmar e refutar hipóteses relacionais entre os fatores determinantes, impactando no desempenho em inovação nos diferentes modelos de gestão e aplicável a realidade de outras organizações de saúde.

O diferencial estratégico da capacidade de inovação fundamentado na RBV pode ser evidenciado quando confirmados os fatores determinantes de maior impacto no desempenho em inovação de serviço e processo. Com isso, amplia-se o conhecimento, reafirmando esses fatores, relacionando-se com outras categorias emergidas dos dados qualitativos, impulsionando inovações nos serviços com melhorias nos serviços hospitalares.

O desenvolvimento de uma proposta teórica de dinâmica de inovação em serviços de saúde evidencia a quarta contribuição teórica. Configurou-se essa proposta teórica, fundamentando a dinâmica de inovação em serviços de saúde, configurada no diagrama, ilustrado na Figura 2 para assim, contrastar com os resultados da análise qualitativa.

Contrastando com essa proposta teórica, evidenciou-se a quinta contribuição teórica que evidencia a categoria serviço, englobando as subcategorias de serviços novos e reformulados e aprimoramento das operações. Essa categoria atua como elemento comum e de integração entre o modelo teórico da capacidade de inovação e a dinâmica de inovação em serviços de saúde.

A sexta contribuição evidenciou a identificação de benefícios para a imagem organizacional e a rede/regulação nessa pesquisa, ampliando assim essas categorias beneficiadas para além do hospital, pacientes/usuários e funcionários. Esse reforço favorece

uma imagem organizacional de destaque na rede/regulação, possibilitando facilitar a obtenção de tecnologias.

5.4 CONTRIBUIÇÕES METODOLÓGICAS

As contribuições metodológicas são evidenciadas no desenvolvimento dessa pesquisa. Os avanços identificados são o uso da estratégia de abordagem metodológica mista sequencial, adotada em função da necessidade de se explorar em profundidade os dados da primeira fase quantitativa, assim como, o uso das técnicas de mineração de texto e de sistemas de análise de dados qualitativos.

Assim, além de inaugurar esse modelo misto sequencial nos estudos sobre gestão hospitalar e a capacidade de inovação, foi possível acrescentar técnicas de mineração de texto, no início da fase qualitativa para melhor visualização dos dados, aumentar a confiabilidade e a validade da análise e, também, evidenciar categorias confirmadas nas etapas de codificação, com apoio do sistema RQDA.

O uso do método misto sequencial confirma a primeira contribuição teórica iniciando com a fase quantitativa para validar o modelo teórico com o instrumento psicométrico (questionário) e permitir mensurar e confirmar os fatores determinantes de maior impacto no desempenho em inovação de serviço e processo. Com isso, seguiu-se com a fase qualitativa, para análise em profundidade das minúcias da dinâmica organizacional.

No campo metodológico, a contribuição foi adotar o modelo misto sequencial de uma primeira fase quantitativa e a segunda qualitativa para o desenvolvimento dessa pesquisa. As poucas pesquisas com esse tipo de abordagem metodológica, aliadas às especificidades das organizações hospitalares, favoreceram o seu uso nesta pesquisa para abordar uma amostra formada por profissionais de saúde, da área administrativa e gestores estratégicos.

A utilização das técnicas de mineração de texto, evidencia-se como a segunda contribuição metodológica. O apoio do sistema *Orange* permitiu confirmar a homogeneidade das entrevistas por hospital e delinear possíveis categorias que emergem dos dados qualitativos para guiar as técnicas de codificação, as quais, favorecem o desenvolvimento de diagramas relacionais mais próximos das realidades vivenciadas pelos entrevistados.

O uso do sistema RQDA como apoio para o desenvolvimento das etapas de codificação é uma terceira contribuição metodológica, pois, apesar desse sistema apresentar

funcionalidades mínimas para realizar a análise de dados qualitativos e ser de uso gratuito, o RQDA tem uso incipiente nas pesquisas nacionais, por isso, essa pesquisa contribui para demonstrar a aplicabilidade desse sistema em pesquisas qualitativas com detalhamento do seu manuseio para realizar as etapas de codificação.

5.5 CONTRIBUIÇÕES DE GESTÃO

As contribuições gerenciais são suportadas nessa pesquisa com a confirmação dos fatores determinantes e categorias emergidas da exploração em profundidade, impactando no desempenho em inovação e refletindo na criação de melhores condições dos hospitais pesquisados. Esses fatores e categorias estão relacionados às práticas desenvolvidas por gestores, interagindo com funcionários comprometidos para impulsionar inovações associadas a imagem organizacional para obtenção de tecnologias aplicadas na assistência hospitalar.

O conhecimento do paciente sobre o tratamento, apesar de não confirmado como fator significativo na fase quantitativa, assim, como não emergiu como categoria na análise qualitativa, apresenta-se como uma contribuição de gestão promissora nos hospitais. A participação do paciente e seus familiares nas decisões envolvendo diagnóstico, tratamentos, cuidados e recuperação é uma ação que deve ser estimulada e desenvolvida no âmbito hospitalar, visando possibilitar maior diferenciação dos serviços hospitalares e de saúde que atendam às expectativas de qualidade e segurança do paciente.

O resultado dessas interações é a busca e a idealização de soluções inovadoras para melhorar o equilíbrio na relação entre gestão eficiente dos custos e qualidade da assistência, impactando nas melhorias das condições hospitalares, com isso, espera-se destacar a relevante colaboração dessas contribuições de gestão que, se encorajadas, nas organizações de saúde as favoreceram a reagirem às pressões do setor saúde com maior diferenciação e qualidade assistencial.

5.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Na realização dessa pesquisa, apesar de se ter apresentado, previamente, a aprovação com o Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa, conforme determina o CONEP, evidenciaram-se limitações para ampliar as unidades de análise em outras redes/regulações de saúde, abrangendo organizações de saúde com gestão privada. As causas dessas limitações estão relacionadas às

seguintes condições identificadas: exigência de nova submissão e reavaliação do Projeto para autorizações dos Comitês de Ética e Pesquisa de cada unidade, além da falta de resposta e de interesse de alguns diretores de hospitais (principalmente na gestão por OSS), ou apresentação de imposições que inviabilizavam a análise conjunta dos diferentes modelos de gestão.

O agravante das solicitações de diversas autorizações pelos Comitês de Ética e Pesquisa de cada Hospital pode inviabilizar a pesquisa, dado o longo lapso temporal, o retrabalho e a burocracia excessiva para se conseguir essas autorizações. Somado a isso, tem-se o árduo tempo dispendido, em cada hospital, para a coleta de dados no campo, com profissionais que trabalham em regime de plantão, incluindo-se as escalas noturnas.

Tais limitações trazem como aprendizado e orientação para que em pesquisas futuras, ampliem-se esses estudos em apenas um hospital por vez. Além disso, como superação desses entraves, recomendam-se aos entes públicos que façam constar nas cláusulas contratuais, especialmente nas OSS e PPP, condições facilitadoras de autorização, apoio e estímulo à realização de pesquisas nos hospitais contratualizados, de modo a contribuir na formação de recursos humanos em gestão de serviços de saúde, fortalecendo e promovendo a integração das atividades de ensino e pesquisa aplicadas a estes serviços.

5.7 PROPOSTA DE AGENDA DE PESQUISA

A dinâmica de inovação em serviços de saúde, evidenciada nessa pesquisa, suscita proposição de agenda de pesquisa para testá-la. Isso possibilitará a ampliação e a geração de conhecimentos para a análises de temas, contextos e abordagens metodológicas diversificadas, possibilitando o alcance de maior grau de generalização.

O fator conhecimento do paciente sobre o tratamento não suportado na amostra indica a manutenção do poder dos profissionais de saúde e a existência de assimetria das informações. Em função disso, recomenda-se o desenvolvimento desse fator, com a realização de pesquisas do tipo pesquisa-ação para estimular e avaliar técnicas ou métodos de implementação de estratégias para elevar o conhecimento do paciente no contexto assistencial, por se tratar de relevante questão de segurança do paciente, assim como, realizar pesquisas exploratórias utilizando a *Granded Theory* para criar técnicas e métodos próprios, categorizados, a partir da realidade dos gestores e profissionais do setor saúde e, complementarmente, recomenda-se o desenvolvimento de projetos de extensão para difundir essas técnicas ou métodos, inserindo o conhecimento do paciente no contexto da assistência.

Nesse sentido, sugere-se uma agenda de pesquisa que aborde temas relacionando outros modelos de gestão, a exemplo de cooperativas, setor privado, assim como, abordagem nos contextos além do hospitalar como maternidades, unidades de pronto atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Policlínicas. Por fim, propõe-se a adoção de abordagens metodológicas qualitativas para confirmar e identificar novas categorias e subcategorias, assim como, quantitativas para testar a força das trajetórias relacionais.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A. A.; ANTONIALLI, L. M. Application of the RBV theory to the health services sector: a systematic review of literature/Aplicacao da teoria RBV ao setor de servicos de saude: uma revisao sistematica de literatura. **Revista Eletrônica de Estratégia e Negócios**, v. 10, n. 1, 2017. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A595872489/AONE?u=capex&sid=bookmark-AONE&xid=a6dc73f2>. Acesso em: 25 fev. 2022.
- ACOSTA-PRADO, Julio C. *et al.* Human resource management and innovative performance in non-profit hospitals: The mediating effect of organizational culture. **Frontiers in Psychology**, v. 11, p. 1422, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01422>. Acesso em: 25 fev. 2022.
- AGUIAR, F.; MENDES, V. Comunicação organizacional e Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na gestão hospitalar. **Perspectivas em ciência da informação**, v. 21, n. 4, 2016. p. 138-155. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/2690>. Acesso em: 25 fev. 2022.
- AGUINIS, H.; RAMANI, R. S.; ALABDULJADER, N. What you see is what you get? Enhancing methodological transparency in management research. **Acad Manag Ann**, v. 12, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5465/annals.2016.0011>. Acesso em: 25 fev. 2022.
- ALVAREZ PULIDO, Karen Lisseth; SERRANO CARDENAS, Lizeth Fernanda; BRAVO IBARRA, Edna Rocío. **Innovación en Salud: Revisión de Literatura Científica de la Última Década Dimensión Empresarial**, Barranquilla, v. 15, n. 1, jun. 2017. p. 50-69. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-85632017000100050&lng=en&nrm=iso. Access em: 02 jun. 2019.
- AKINWALE, Y. O.; AKINBAMI, J.-F. K.; AKARAKIRI, J. B. Factors influencing technology and innovation capability in the Nigerian indigenous oil firms. **International Journal of Business Innovation and Research**, Faculty of Economic Sciences and Information Technology, North West University, Vaal Triangle Campus, South Africa, v. 15, n. 2, 2018. p. 247-268. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85040635279&doi=10.1504%2FIJBIR.2018.089146&partnerID=40&md5=01965698c42130439d7856eb37d5d960>. Acesso em: 25 fev. 2022.
- AKMAN, G.; YILMAZ, C. Innovative capability, innovation strategy and market orientation: an empirical analysis in turkish software industry. **International Journal of Innovation Management**, Imperial College Press, v. 12, n. 01, 2008. p. 69-111. Disponível em: <https://doi.org/10.1142/S1363919608001923>. Acesso em: 25 fev. 2022.
- ALBUQUERQUE, E. da M.; CASSIOLATO, José Eduardo. As especificidades do sistema de inovação do setor saúde. **Revista de Economia Política**, v. 22, n. 4, p. 88, 2002. Disponível em: <http://www.rep.org.br/PDF/88-9.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.
- ALEXY, O.; WEST, J.; KLAPPER, H.; REITZIG, M. Surrendering control to gain advantage: Reconciling openness and the resource-based view of the firm. **Strategic**

Management Journal, Wiley Online Library, v. 39, n. 6, 2018. p. 1704-1727.

ALMEIDA, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, p. e00197316, 2017. SciELO Public Health. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ANDRADE, Laíse Rezende de; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Parceria público-privada na gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00018621>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ASSINK, Marnix. Inhibitors of disruptive innovation capability: a conceptual model. **European Journal of Innovation Management**, v. 9, n. 2, 2006. p. 215–233. Emerald. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/14601060610663587>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BAGAGI, L. C.; MENDES, V. L. P. S.; GARCIA, E. G. Dinâmica de inovação em serviços de saúde: Uma abordagem organizacional. **Teoria e Prática em Administração**, v. 11, n. especial, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2238-104X.2021v11nespecial.57688>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BAHIA. Lei n. 7.027 de 29 de janeiro de 1997. Salvador: **Diário Oficial [do] Estado da Bahia**, Salvador, BA, 29 jan. 1997. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-7027-de-29-de-janeiro-de-1997>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BAHIA. Lei n. 8.647 de 29 julho de 2003. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado da Bahia**, Salvador, BA, 29 jul. 2003.

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Decreto n. 8.890 de 21 de janeiro de 2004. Regulamenta a Lei no 8.647, de 29 de julho de 2003, que dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais, revoga os Decretos nos 7.007 e 7.008, de 14 de novembro de 1997, e dá outras providências, **Diário Oficial [do] Estado da Bahia**, Salvador, 21. jan. 2004a.

BAHIA. Lei nº 9.290 de 27 de dezembro de 2004. Institui o Programa de Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia – PPP Bahia e dá outras providências.. **Diário Oficial [do] Estado da Bahia**, Salvador, BA, 27 dez. 2004b. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-9290-de-27-de-dezembro-de-2004>. Acesso em: 02 fev. 2022.

BANDEIRA DE MELLO, R. Grounded theory. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, p. 117, 2008. scielo. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000400012&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2022 .

BANDEIRA DE MELLO, R.; CUNHA, C. Operacionalizando o método da Grounded Theory nas Pesquisas em Estratégia: técnicas e procedimentos de análise com apoio do software ATLAS/TI. In: ENCONTRO DE ESTUDOS EM ESTRATÉGIA, v. 1, 2003, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba, 2003.

BARBOSA, A. P.; MALIK, A. M. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, 2015. p. 1143-1165.

BARBOSA FERREIRA, J. A.; COELHO, A.; WEERSMA, L. A. The mediating effect of strategic orientation, innovation capabilities and managerial capabilities among exploration and exploitation, competitive advantage and firm's performance. **Contaduría y Administración**, Universidade de Coimbra: Portugal. v. 64, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85063100322&doi=10.22201%2Ffca.24488410e.2019.1918&partnerID=40&md5=39ce45e77b95e79177424ce08d2bb541>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BARBOSA, P. R.; GADELHA, C. A. G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 16, (Supl), 2012. p. 68-75.

BARNEY, J. Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of management**, Sage publications Sage CA: Thousand Oaks, CA. v. 17, n. 1, 1991. p. 99-120.

BARNEY, J. B.; HESTERLY, W. S.; ROSEMBERG, M. **Administração estratégica e vantagem competitiva**. São Paulo: Pearson Educación, 2007.

BARNEY, J. B.; MACKEY, T. B. Testing resource-based theory. **Research methodology in strategy and management**, v. 2, 2005. p. 1-13.

BERMEJO, P. H. de S.; TONELLI, A. O.; GALLIERS, R. D.; OLIVEIRA, T.; ZAMBALDE, A. L. Conceptualizing organizational innovation: The case of the Brazilian software industry. **Information & Management**, v. 53, n. 4, 2016. p. 493-503. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378720615001305>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BERTASSO, C. P.; GUERRA, A. C. N.; PEREIRA, F.; NAKAZATO, L.; DELATORE, L. G., ANBAR NETO, T.; SPADACIO, C. Telemedicina nas instituições de longa permanência para idosos como social accountability no contexto da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200312>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BLOCK, J.; FISCH, C.; PRAAG, M. The Schumpeterian entrepreneur: a review of the empirical evidence on the antecedents, behavior, and consequences on innovative entrepreneurship. **Ind Innov**, v. 24, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13662716.2016.1216397>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRAMBILLA, F. R.; DAMACENA, C. Lógica dominante do serviço em marketing: estudo dos conceitos e premissas aplicados à educação superior privada na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Marketing**, São Paulo, v. 10, n. 3, set./dez. 2011. p. 151-176, 2011.

BRASIL. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do programa nacional de publicização, a extinção do laboratório nacional de luz síncrotron e da fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República**

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 maio 1998. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2004. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRAZILE, T.; HOSTETTER SHOOP, G.; M. MCDONOUGH, C.; W. VAN CITTERS, D. Promoting innovation: Enhancing transdisciplinary opportunities for medical and engineering students. **Medical Teacher**, 2018. p. 1-11.

BRITO, B. M. B. DE; SILVEIRA, A. H. P. Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 1, 2005. p. 7-21. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1442>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BROWN, W. A.; ANDERSSON, F. O.; JO, S. Dimensions of capacity in nonprofit human service organizations. **VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations**, Springer. 27, n. 6, 2016. p. 2889-2912.

BRUNI, A. L. **SPSS aplicado à pesquisa acadêmica**. São Paulo: Atlas, 2009.

CAMISÓN, C.; VILLAR-LÓPEZ, A. Organizational innovation as an enabler of technological innovation capabilities and firm performance. **Journal of Business Research**, Universitat de València: Spain, v. 67, n. 1, 2014. p. 2891-2902. Disponível em:
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84885842046&doi=10.1016%2Fj.jbusres.2012.06.004&partnerID=40&md5=34c1024c8c6dc446fa2294de4f212ad8>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CARDOSO, Regis Silas; SILVA, Antônio Isidro da; VIEIRA, Lear Valadares. The Co-Production of Innovation: a Case Study in a Rehabilitation Hospital. **RAM. Revista de Administração Mackenzie** [online], São Paulo, v. 17, n. 4, 2016. p. 109-129. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1678-69712016/administracao.v17n4p108-129>. ISSN 1678-6971. Acesso em: 16 jun. 2022.

CARNASCIALI, Ana Maria dos Santos; BULGACOV, Sergio. Recursos e Competências Organizacionais Distribuídos na Saúde Pública. **Revista de Administração Contemporânea** [online]. v. 18, n. 6, 2014. p. 832-853. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac20141664>. ISSN 1982-7849. Acesso em: 16 jun. 2022.

CARRERA, Mariana Baleeiro Martins. **Parceria público-privada na saúde no Brasil: estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador-Bahia**. 106f. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São paulo. Disponível em: <https://pesquisa->

eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/mariana_baleeiro_martins_carrera.pdf. Acesso em 21 abr. 2022.

CASTRO, Sandra Mara; CALIMAN, Douglas Roriz. Transferência do Gerenciamento de Serviços Públicos de Saúde a Organizações Sociais: Estudo de Caso do Hospital Estadual Central. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 7, n. 2, 2018. p. 92-113. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v7i2.12798>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CENTODUCATTE, Eduardo Avellar; SANTOS, Glicia Vieira dos. A dinâmica da inovação em serviços: uma análise do hospital metropolitano. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 18, n. 2, 2017. p. 22-47. Disponível em: <http://arquivo.revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/3440>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CHADWICK, C.; SUPER, J. F.; KWON, K. Resource orchestration in practice: CEO emphasis on SHRM, commitment-based HR systems, and firm performance. **Strategic Management Journal**, John Wiley & Sons, Ltd., v. 36, n. 3, 2015. p. 360-376. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/smj.2217>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CHAVES, Catari Vilela; ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta. Desconexão no sistema de inovação no setor saúde: uma avaliação preliminar do caso brasileiro a partir de estatísticas de patentes e artigos. **Economia Aplicada [online]**. v. 10, n. 4, 2006. p. 523-539. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-80502006000400003>. Acesso em: 6 jun. 2022.

CHEN, Q.; WANG, C.-H.; HUANG, S.-Z. Effects of organizational innovation and technological innovation capabilities on firm performance: evidence from firms in China's Pearl River Delta. **Asia Pacific Business Review**, v. 26, n. 1, 2019. p. 72-96. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85064074176&doi=10.1080%2F13602381.2019.1592339&partnerID=40&md5=baf33772043d451840450e98020dc3e5>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CHEN, S.-H.; WEN, P.-C.; YANG, C.-K. Business concepts of systemic service innovations in e-Healthcare. **Technovation**, v. 34, 2014. p. 513-524.

CIASULLO, M.; COSIMATO, S.; PELLICANO, M. Service Innovations in the Healthcare Service Ecosystem: A Case Study. **Systems**, v. 5, n. 2, 37, 2017. p. 1-19.

CLARKE, A.; MACDONALD, A. Outcomes to Partners in Multi-Stakeholder Cross-Sector Partnerships: A Resource-Based View. **Business & Society**, SAGE Publications Inc. v. 58, n. 2, 2016. p. 298-332. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0007650316660534>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília. 2021. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/2927402802104>. Acesso em: 25 fev. 2022.

COBAITO, Francisco Carlos. Gestão Hospitalar, sob a Lente da Resource Based View-RBV. RAHIS. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, n. 9, 2012. p. 34-42. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v0i9.1636>. Acesso em: 25 fev. 2022.

COLLINS, J. A.; FAUSER, B. C. J. M. Balancing the strengths of systematic and narrative reviews. **Human Reproduction Update**, v. 11, n. 2, 2005. p. 103-104. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmh058>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory**. Sage publications, jun. 2014.

CORTE, V.; ARIKAN, A.; BARNEY, J.; SCIARELLI, M. The role of resource-based theory in strategic management studies: Managerial implications and hints for research. **Handbook of Research on Competitive Strategy**, 2012.

COSTA, L. S. Innovation in healthcare services: notes on the limits of field research. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, Sup.2, p. e00151915, 2016.

COSTA, L. S. *et al.* A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, 2012. p. 76-82.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução: Magda Lopes. 3 ed. Porto Alegre: ARTMED, 296 p., 2010.

CROOK, T. R.; KETCHEN JR, D. J.; COMBS, J. G.; TODD, S. Y. Strategic resources and performance: a meta-analysis. **Strategic management journal**, v. 29, n. 11, 2008. p. 1141-1154.

CRUZ, A. M.; HAUGAN, G. L. Determinants of maintenance performance: A resource-based view and agency theory approach. **Journal of Engineering and Technology Management**, v. 51, 2019. p. 33-47. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923474818301218>. Acesso em: 25 fev. 2022.

DAVIS, P. E.; BENDICKSON, J. S. Strategic antecedents of innovation: Variance between small and large firms. **Journal of Small Business Management**, Routledge, 2020. p. 1-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jsbm.12478>. Acesso em: 25 fev. 2022.

DEMŠAR, J.; CURK, T.; ERJAVEC, A. *et al.* Orange: data mining toolbox in Python. **The Journal of machine Learning research**, v. 14, n. 1, 2013. p. 2349-2353.

DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. Innovation in Hospitals: A Survey of the Literature. **The European Journal of Health Economics** v. 8, 2007. p. 181–193.

ELIAS, F. T. S.; LEÃO, L. S. C.; ASSIS, E. C. Avaliação de tecnologias em hospitais de ensino: desafios atuais. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 147-158, 28 dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i3.1793>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ELLNER, A. L.; STOUT, S.; SULLIVAN, E. E.; et al. Health Systems Innovation at Academic Health Centers: Leading in a New Era of Health Care Delivery. **Academic Medicine**, v. 90, n. 7, 2015. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2015/07000/Health_Systems_Innovation_at_Academic_Health.14.aspx. Acesso em: 25 fev. 2022.

ESSMANN, H. E. **Toward innovation capability maturity**. 2009. Tese (Doutorado em Engenharia Industrial) – University of Stellenbosch, Stellenbosch, 2009.

ESTERHUIZEN, D.; SCHUTTE, C.; DU TOIT, A. A knowledge management framework to grow innovation capability maturity.(Original Research). **South African Journal of Information Management**, v. 14, n. 1, 2012.

FALABRETTE, L.; OLIVEIRA, M. C. B. de; SEVERO, E. A.; AGUIAR PESSI, S. S. de. Prestação de Serviço em Saúde Hospitalar: Uma Análise da Inovação dos Processos em Hemodiálise no Hospital da Cidade de Passo Fundo. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 2, 2016. p.1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v5i2.264>. Acesso em: 20 maio 2022.

FARIAS, Josivania Silva; GUIMARÃES, Tomás de Aquino; VARGAS, Eduardo Raupp de. **Inovação em hospitais do Brasil e da Espanha: a percepção de gestores sobre o prontuário eletrônico do paciente**. 2012. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A381587697/AONE?u=capes&sid=bookmark-AONE&xid=8bb9ac6f>. Acesso em: 25 fev. 2022.

FERREIRA, Jorge António Barbosa; COELHO, Arnaldo; WEERSMA, Laodicéia Amorim. The mediating effect of strategic orientation, innovation capabilities and managerial capabilities among exploration and exploitation, competitive advantage and firm's performance. **Contad. Adm**, Ciudad de México, v. 64, n. spe1, 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422019000200003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 17 jun. 2022

FERNANDEZ, Rodrigo Nobre; CARRARO, André; SANTOS, Helton Saulo Bezerra dos. Desenho Contratual de Parcerias Público-Privadas para Hospitais: Algumas Notas Teóricas. **Economic Analysis of Law Review**, v. 12, n. 3, 2021. p. 200-218. Disponível em: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/desenho-contratual-de-parcerias-publico-privadas/docview/2640102990/se-2>. Acesso em: 25 fev. 2022.

FERREIRA, V. da R. S.; NAJBERG, E.; FERREIRA, C. B.; BARBOSA, N. B.; BORGES, C. Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5., set./out. 2014. p. 1207-1227.

FIGUEIRA, C.; LANNA, P. CASE2 Experiência do Vila Velha Hospital para Incorporação de Novas Tecnologias em Saúde na Prestação de Serviços de Saúde Suplementar. **Value in Health**, v. 12, n. 7, A483, 2009. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1098-3015\(10\)75284-0](https://doi.org/10.1016/S1098-3015(10)75284-0). Acesso em: 25 fev. 2022.

FISCH, C.; BLOCK, J. Six tips for your (systematic) literature review in business and management research. **Management Review Quarterly**, v. 68, n. 2, p. 103-06, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11301-018-0142-x>. Acesso em: 25 fev. 2022.

FONSECA, Francisco; CHABBOUH, Gabriela Pinheiro Lima; SILVA, Maria Camila Florêncio da; PERIA, Pedro Vianna Godinhoeria. A excepcionalidade normalizada: Organizações sociais de saúde (OSS) na pandemia. **GIGAPP Estudos**, v. 8, 2021. p. 217-221, Disponível em: <https://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/273>.

Acesso em: 25 fev. 2022.

FOSTER, M.; BURRIDGE, L.; DONALD, M.; ZHANG, J.; JACKSON, C. The work of local healthcare innovation: a qualitative study of GP-led integrated diabetes care in primary health care. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 11, 2015. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1270-4>. Acesso em: 25 fev. 2022.

FRANCISCO, F. DE R.; MALIK, A. M. Aplicação de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) na tomada de decisão em hospitais. **J. bras. econ. saúde (Impr.)**, v. 11, n.1, p. 10-17, 2019. Disponível em: 10.21115/JBES.v11.n1.p10-7. Acesso em: 25 fev. 2022.

FREEMAN, C. The 'National System of Innovation' in historical perspective. **Cambridge Journal of Economics**, v. 19, n. 1, 1995. p. 5-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.cje.a035309>. Acesso em: 25 fev. 2022.

FRIO, R. S.; BRASIL, V. S. Comportamento de cocriação de valor do consumidor como antecedente da satisfação e lealdade. **REGE - Revista de Gestão**, Elsevier, 23, n. 2, 2016. p. 135-147. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1809227616300133>. Acesso em: 25 fev. 2022.

FRUHLING, A. L.; SIAU, K. Assessing organizational innovation capability and its effect on e-commerce initiatives. **Journal of Computer Information Systems**, v. 47, n. 4, 2007. p. 91-103.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. p. 521-535.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S.; MALDONADO, J. O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, Supl. 1, 2012. p. 21-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000065>. Acesso em: 04 fev. 2022.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, 2018. p. 1891-1902.

GALDINO, Johnathan Portela da Silva; CAMARGO, Erika Barbosa; ELIAS, Flavia Tavares Silva. Sedimentação da avaliação de tecnologias em saúde em hospitais: uma revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 9, 2021. e00352520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00352520>. Epub 22 Set 2021. ISSN 1678-4464. Acesso 01 jun. 2022.

GASTALDI, L.; APPIO, F.; CORSO, M.; PISTORIO, A. Managing the Exploration-Exploitation Paradox in Healthcare: Three Complementary Paths to Leverage on the Digital Transformation. **Business Process Management Journal**, v. 24, 2017. p. 1200-1234.

GIL, A. C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas SA, 2008.

GONZALEZ, I. P.; Jr. PENHA, L. M.; SILVA, C. M. The importance of information technology as a tool for hospital management process in the private sector: a case study in a hospital organization in Feira de Santana (BA)/A importância da tecnologia da informação como ferramenta para o processo da gestão hospitalar no setor privado: um estudo de caso em uma organização hospitalar em Feira de Santana (BA). **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 2, n. 1, jan/jun 2013. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A346808935/AONE?u=capes&sid=bookmark-AONE&xid=cf68a29d>. Acesso em: 25 fev. 2022.

GRANT, R. M. The resource-based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. **California management review**, v. 33, n. 3, 1991. p. 114-135.

GUAN, Jianch; MA, Ning. Innovative capability and export performance of Chinese firms. **Technovation**, v. 23, n. 9, 2003. 2003. p. 737-747. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0166-4972\(02\)00013-5](https://doi.org/10.1016/S0166-4972(02)00013-5). Acesso em: 10 maio 2020.

GUARCELLO, C.; DE VARGAS, E. R. Service Innovation in Healthcare: A Systematic Literature Review. Routledge. **Latin American Business Review**, v. 21, n. 4, p. 353-369, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10978526.2020.1802286>. Acesso em: 25 fev. 2022.

GUIMARÃES, R.; NORONHA, J.; ELIAS, F. T. S.; GADELHA, Carlos Augusto Grabois; CARVALHEIRO, José da Rocha; RIBEIRO, Alane Ribeiro. Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde . **Ciência & Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2019. p. 881-886. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34652018>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 23 fev. 2022.

HAEUSSLER, Carolin; PATZELT, Holger; ZAHRA, Shaker A. Strategic alliances and product development in high technology new firms: The moderating effect of technological capabilities. **Journal of business venturing**, v. 27, n. 2, 2012. p. 217-233. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2010.10.002>. Acesso em: 10 maio 2019.

HAIR, J.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E. Multivariate data analysis: **Pearson new international**. Estados Unidos: Pearson Harlow, 2014.

HARYANI, S.; GUPTA, V. B. Innovation Capability Constructs and Firm Performance: A Study on Indian Software Firms. **Pacific Business Review International**, v. 9, n. 12, 2017. p. 102-112.

HGESF. **Hospital Geral Ernesto Simões Filho**, Salvador, 2019.

HOWELLS, J. *et al.* Innovation in Services: Issues at Stake and Trends. 2004. Disponível em: <https://halshs.archives-ouv>. Acesso em: 10 maio 2020.

HUANG, R. **RQDA**: R-based qualitative data analysis. R package version 0.3–1, 2018.

HWANG, W.-S.; CHOI, H.; SHIN, J. A mediating role of innovation capability between entrepreneurial competencies and competitive advantage. **Technology Analysis & Strategic**

Management, Routledge. v. 32, n. 1, 2020. p. 1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09537325.2019.1632430>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ICOM, I. C. M. **Instituto Couto Maia**. 2019. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br>. Acesso em: 11 jul. 2019.

IDDRIS, F. Measurement of innovation capability in supply chain: an exploratory study. **International Journal of Innovation Science**, v. 8, n. 4, 2016. p. 331–349. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJIS-07-2016-0015>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ISIDRO-FILHO, A.; GUIMARÃES, T.; PERIN, M. Determinantes de Inovações Apoiadas em Tecnologias de Informação e Comunicação Adotadas por Hospitais. **RAI - Revista de Administração e Inovação**, v. 8, n. 4, 2011. p. 142-159. Disponível em: https://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/vsvpiv/TN_cdi_elsevier_sciencedirect_doi_10_5773_rai_v8i4_793. Acesso em: 25 fev. 2022.

JING, Z.; MIAO, Z. When can B2B firms improve product innovation capability (PIC) through customer participation (CP)? The moderating role of inter-organizational relationships? **Journal of Business & Industrial Marketing**, Emerald Publishing Limited. v. 34, n. 1, 2019. p. 12-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JBIM-09-2016-0214>. Acesso em: 25 fev. 2022.

JORGE, M. J.; CARVALHO, F. A. de; MEDEIROS, R. D. O. Organizational innovation and service quality: an empirical analysis on hospital units/Esfornos de inovacao organizacional e qualidade do servico: um estudo empirico sobre unidades hospitalares/Esfuerzos de innovacion organizacional y calidad de los servicios: una investigacion empirica sobre unidades hospitalarias. **RAP - Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 2, 2013. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A432495954/AONE?u=capes&sid=bookmark-AONE&xid=70dd567a>. Acesso em: 25 fev. 2022.

KEARNEY, A.; HARRINGTON, D.; KELLIHER, F. Exploiting managerial capability for innovation in a micro-firm context: New and emerging perspectives within the Irish hotel industry. **European Journal of Training and Development**, v. 38, n. 1/2, 2014. p. 95-117. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/EJTD-11-2013-0122>. Acesso em: 25 fev. 2022.

KHADIJEH, T. S.; ABIDUR, R. S.; MOSHARREF, H. M.; MASUDUL, H. M. Characteristics of organizational culture in stimulating service innovation and performance. **Marketing Intelligence & Planning**, Emerald Publishing Limited. v. 38, n. 2, 2019. p. 224-238. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/MIP-12-2018-0561>. Acesso em: 25 fev. 2022.

KHAN, B. A.; NAEEM, H. The impact of strategic quality orientation on innovation capabilities and sustainable business growth: Empirical evidence from the service sector of Pakistan. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 35, n. 8, 2018. p. 1568-1598. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJQRM-07-2017-0126>. Acesso em: 25 fev. 2022.

KIM, M.-K.; PARK, J.-H.; PAIK, J.-H. Factors influencing innovation capability of small and medium-sized enterprises in Korean manufacturing sector: facilitators, barriers and moderators. **International Journal of Technology Management**, v. 76, n. 3-4, 2018. p. 214-235.

KNUPP RODRIGUES, J. L.; COELHO, F. de A.; NASCIMENTO, J. J. do; FLORENÇANO, J. C. S. Gestão Hospitalar: Economias de Escala Geradas por Inovação Tecnológica em um Hospital na Região Metropolitana do Vale do Paraíba. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, [S. l.], v. 6, n. 2, 2016. p. 99-112. Disponível em:

<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pgc/article/view/23633>. Acesso em: 2 jun. 2022.

KOLUKISA TARHAN, A.; GAROUSI, V.; TURETKEN, O.; SÖYLEMEZ, M.; GAROSI, S. Modelos de avaliação de maturidade e maturidade na atenção à saúde: Revisão da literatura multivocal. **SAÚDE DIGITAL**. 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1177/2055207620914772>. Acesso em: 21 maio 2022.

JOACHIM, Maria. **Constructing**: Relationships, Human Resource Management and Culture of Quality the Case of Hospital do Suburbio, a Brazilian Healthcare Public Private Partnership. 164f. 2020. Dissertação (Mestrado em Health Services Organization and Policy) – University of Michigan, 2020. Disponível em:

<https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/163172>. Acesso em: 25 fev. 2022.

LÄNSISALMI, H.; KIVIMÄKI, M.; AALTO, P. M.; RUORANEN, R. Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. **Nursing science quarterly**, v. 19, 2006. p. 66-72.

LARISCH, L.-M.; AMER-WÄHLIN, I.; HIDEFJALL, P. Understanding healthcare innovation systems: the Stockholm region case. **Journal of Health Organization and Management**, v. 30, n. 8, 2012. p. 1221-1241.

LAWSON, B.; SAMSON, D. Developing Innovation Capability in Organisations: a Dynamic Capabilities Approach. **International Journal of Innovation Management**, v. 5, n. 3, p. 2001. p. 377-400. Disponível em:

<http://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/S1363919601000427>. Acesso em: 10 abr. 2018.

LE, P. B.; LEI, H. Determinants of innovation capability: the roles of transformational leadership, knowledge sharing and perceived organizational support. **Journal of Knowledge Management**, v. 23, n. 3, 2019. p. 527-547. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JKM-09-2018-0568>. Acesso em: 25 fev. 2022.

LEE, D. Strategies for technology-driven service encounters for patient experience satisfaction in hospitals. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 137, 2018. p. 118-127. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0040162518303962>. Acesso em: 25 fev. 2022.

LERRO, A.; LINZALONE, R.; SCHIUMA, G. **Modeling Organizational Innovation Capabilit**: a Knowledge-Based Approach. 2009.

LIAO, S.-H.; CHEN, C.-C.; HU, D.-C.; CHUNG, Y.-C.; LIU, C.-L. Assessing the influence of leadership style, organizational learning and organizational innovation. **Leadership & Organization Development Journal**, v. 38, n. 5, 2017. p. 590-609. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/LODJ-11-2015-0261>. Acesso em: 25 fev. 2022.

LIN, R.-J.; CHEN, R.-H.; CHIU, K. Customer relationship management and innovation capability: an empirical study. (R.-J. Lin, Org.). **Industrial Management & Data Systems**, v. 110, n. 1, 2010. p. 111-133.

LIN, Y.; WU, L.-Y. Exploring the role of dynamic capabilities in firm performance under the resource-based view framework. **Journal of Business Research**, v. 67, n. 3, 2014. p. 407-413. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0148296312003645>. Acesso em: 25 fev. 2022.

LIU, Y.; LV, D.; YING, Y.; ARNDT, F.; WEI, J. Improvisation for innovation: The contingent role of resource and structural factors in explaining innovation capability. **Technovation**, v. 74-75, 2018. p. 32-41.

LÓPEZ, O. H. M.; VILLEGAS, G. C. A.; CATICA, J. R. B. Validity of the instrument to determine the triggers of innovation capabilities in health care organizations. **Gaceta Médica de Caracas**, Universidad del Tolima, Colombia. v. 126, n. 2, 2018. p. 160-169. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85061988200&partnerID=40&md5=54e763307c5586e1990c442b16a65313>. Acesso em: 25 fev. 2022.

LOUW, L.; ESSMANN, H. E.; DU PREEZ, N. D.; SCHUTTE, C. S. L. Architecting the Enterprise Towards Enhanced Innovation Capability. **South African Journal of Industrial Engineering**, v. 28, n. 4, 2017. p. 50-65.

LOVELOCK, C.; WIRTZ, J.; HEMZO, M. A. **Marketing de serviços: pessoas, tecnologia e estratégia**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

LUCIANO, E.; TESTA, M.; BECKER, C. Competências Individuais Relevantes para os Chief Information Officers na Percepção de Profissionais de Tecnologia da Informação/Relevant Individual Competences For Chief Information Officers According To The Perception Of It Professionals. **Revista Electronica de Sistemas de Informação**, Campo Largo, v. 11, n. 1, 2012. p. 1-25.

LUNDEVALL, B.-A. **National systems of innovation: toward a theory of innovation and interactive learning**. Anthem, 2010.

MACHADO LÉO, R.; TELLO-GAMARRA, J. Inovação em serviços: estado da arte e perspectivas futuras. **Suma de Negócios**, v. 8, n. 17, 2017. p. 1-10. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215910X17300022>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing-: Uma Orientação Aplicada**. Porto Alegre: Bookman Editora, 2001.

MANSUR, Nacime Salomão *et al.* Public financing versus private billing in a public hospital under management of a Social Health Organization. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 48, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202840>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas,

2012.

MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais**: fundamentos teóricos, software e aplicação. Pero Pinheiro: ReportNumber, 2010.

MARTÍNEZ-ROMÁN, J. A.; ROMERO, I. Determinants of innovativeness in SMEs: disentangling core innovation and technology adoption capabilities. **Review of Managerial Science**, v. 11, n. 3, 2017. p. 543-569. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11846-016-0196-x>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MARTINS, M.; TRINDADE, L.; VANDRESEN, L.; LEITE, M.; PEREIRA, C.; LANDEIRO, M. Technologies used by nursing managers in Portuguese hospitals. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190294>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MATOS, Andreia Afonso; NUNES, Alexandre Morais. Gestão Hospitalar em Portugal: Resultados Comparados entre Hospitais com Gestão Pública e em Parceria Público-Privadas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 8, n. 1, 2019. p. 1-12. Disponível em: https://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/vsvpiv/TN_cdi_gale_infotrasmisc_A669169932. Acesso em: 25 fev. 2022.

MATOS, Andreia Afonso; NUNES, Alexandre Morais. Inovação da gestão dos hospitais públicos no sistema de saúde português. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 2, 2016. p. 14-23. Disponível em: https://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/vsvpiv/TN_cdi_proquest_journals_190829580. Acesso em: 25 fev. 2022.

MATOS, F. R. N.; LIMA, A. C.; GIESBRECHT, C. M. Estudo observacional das relações de poder no filme O Óleo de Lorenzo. **Cadernos Ebape**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2011. p. 438-449.

MENDES DA SILVA, W. Contribuições e Limitações de Revisões Narrativas e Revisões Sistemáticas na Área de Negócios. **RAC - Revista de Administração Contemporânea**, Maringá, v. 23, n. 2, mar./abr. 2019. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A583692946/AONE?u=capex&sid=AONE&xid=ef1010d5>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MIGDADI, M. M.; ZAID, M. K. A.; YOUSIF, M.; ALMESTARIHI, R.; AL-HYARI, K. An Empirical Examination of Knowledge Management Processes and Market Orientation, Innovation Capability, and Organisational Performance: Insights from Jordan. **Journal of Information and Knowledge Management**, v. 16, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85016226498&doi=10.1142%2FS0219649217500022&partnerID=40&md5=1a29bbfc6b1254513faa329702b83a5e>. Acesso em: 20 fev. 2022.

MILLER, G.; ENRIGHT, N. **Lorenzo's Oil (br: O Óleo de Lorenzo / pt: Acto de Amor)** é um filme americano de 1992, do gênero drama, dirigido por George Miller. 1992.

MAIT, Moinak; KRAKOVICH, V.; SHAMS, S. R.; VUKOVIC, D. B. Resource-based model for small innovative enterprises. **Management Decision**, v. 58, n. 8, maio 2020. p. 1525-

1541. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/MD-06-2019-0725>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MORAIS, H. M. M. de; ALBUQUERQUE, M. do S. V. de; OLIVEIRA, R. S. de; CAZUZU, A. K. I.; SILVA, N. A. F. da. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. e00194916, 2018.

MOREIRA, M. R. A.; GHERMAN, M.; SOUSA, P. S. A. Does innovation influence the performance of healthcare organizations? **Innovation**, v. 19, n. 3, 2017. p. 335-352. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14479338.2017.1293489>. Acesso em: 25 fev. 2022.

NARCIZO, R.; CANEN, A.; TAMMELA, I. A Conceptual Framework to Represent the Theoretical Domain of “Innovation Capability” in Organizations. **Journal of Entrepreneurship, Management and Innovation**, v. 13, 2017. p. 147–166.

KINCZESKI, G. N.; MORÉ, R. P. O. Organizações Sociais como Alternativa às Limitações da Lrf: Um Estudo de Caso em uma Capital Brasileira. **Revista Alcance**, v. 27, n. 2, mai./ago. 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477763751006>. Acesso em: 25 fev. 2022.

NASCIMENTO, J.; PEREIRA, R.; ZITTEI, M.; LUGOBONI, L. Gestão Privada na Saúde Pública em São Paulo: um Estudo de Caso da Utilização de Organização Social de Saúde. **Práticas de Administração Pública**, v. 1, n. 2, 2017. p. 71-88. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2526629226491>. Acesso em: 25 fev. 2022.

NASSAR, V.; VIEIRA, M. A rastreabilidade da medicação do paciente no hospital com a tecnologia RFID. **Revista de Ciencia Y Tecnología**, n. 32, 2019. p. 39-47. Disponível em: https://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/vsvpiv/TN_cdi_crossref_primary_10_36995_j_recyt_2019_32_007. Acesso em: 25 fev. 2022.

NUNES, Altacílio Aparecido *et al.* Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 29 Suppl. 1, 2013, p. s179-s186. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00001213>. ISSN 1678-4464. Acesso em: 01 jun. 2022.

NURUZZAMAN, N.; SINGH, D. Exchange characteristics, capability upgrading and innovation performance: evidence from Latin America. **Journal of Knowledge Management**, v. 23, n. 9. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JKM-07-2018-0447>. Acesso em: 25 fev. 2022.

O’CASS, Aron; SOK, P. The role of intellectual resources, product innovation capability, reputational resources and marketing capability combinations in firm growth. **International Small Business Journal: Researching Entrepreneurship**, University of Tasmania, Australia. v. 32, n. 8, 2014. p. 996-1018. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84911424241&doi=10.1177%2F0266242613480225&partnerID=40&md5=bd41dd84a4ab2220f22702b4a5ebd8a9>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ODERANTI, F.; LI, F. Commercialization of eHealth innovations in the market of the UK healthcare sector: A framework for a sustainable business model. **Psychology & Marketing**, v. 35, n. 2, 2018. p. 120-137.

OLIVEIRA, Márcio *et al.* Strategy and human resources management in non-profit organizations: Its interaction with open innovation. **Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity**, v. 7, n. 1, p. 75, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/joitmc7010075>. Acesso em: 25 fev. 2022.

OLIVEIRA, S.; TODA, F. The Strategic Plan and the Resource-Based View: an Evaluation of Information Technology in Hospital Management/O Planejamento Estratégico e a Visão Baseada em Recursos: uma Avaliação da Tecnologia da Informação na Gestão Hospitalar. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**, v. 12, n. 1, 39, 2013. Disponível em: https://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/vsvpiv/TN_cdi_gale_infotraemisc_A538247215. Acesso em: 25 fev. 2022.

OLSSON, A.; WADELL, C.; ODENRICK, P.; NORELL BERGENDAHL, M. An Action Learning Method for Increased Innovation Capability in Organisations. **Action Learning: Research and Practice**, v. 7, n. 2, 2010. p. 167-179.

OMACHONU, V.; G EINSRUCH, N. Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. **The Innovation Journal: The public sector Innovation Journal**, v. 15, n. 1, 2010. p. 1-20, 2010. Disponível em: https://www.innovation.cc/scholarly-style/2010_15_1_2_omachonu_healthcare-delivery.pdf. Acesso em: 25 fev. 2022.

ORANGE. Pre process text. *In: DEMSAR et al.* Laranja: Caixa de Ferramentas de Mineração de Dados em Python, **Journal of Machine Learning Research**. v. 14, ago. 2013. p. 2349-2353. Disponível em: <https://orange3-text.readthedocs.io/en/latest/widgets/preprocesstext.html>. Acesso em: 25 fev. 2022.

OSID. **Obras Sociais Irmã Dulce**. 2019. Salvador. Disponível em: [Obras Sociais Irmã Dulce – OSID.irmadulce.org.br](http://ObrasSociaisIrmãDulce.org.br). Acesso em: 25 fev. 2022.

OSLO. Organization for Economic Cooperation and Development. **Manual de Oslo**: proposta de diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação tecnológica. Tradução: Financiadora de Estudos e Projetos. FINEP. Paris: OCED, 2004. Disponível em: http://www.finep.gov.br/images/a-finep/biblioteca/manual_de_oslo.pdf. Acesso em: 02 de maio de 2019.

OTTAVIANO, Michael Edward. **Assessing and improving the enablers of innovation**: The development of an Innovation Capability Assessment instrument. Tese (Doutorado em Swinburne University of Technology, Australian Graduate School of Entrepreneurship. 2004. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1959.3/25895>. Acesso em: 2 maio 2019.

PAK, Jinie; SONG, Yeong-Tae. **Health capability maturity model**: Person-centered approach in personal health record system. 2016. Disponível em: <https://aisel.aisnet.org/amcis2016/Health/Presentations/19>. Acesso em: 20 maio 2022.

PAUGET, B.; WALD, A. Creating and implementing organizational innovation: The role of professional identity and network embeddedness in healthcare organizations. **European**

Journal of Innovation Management, v. 21, n. 3, 2018. p. 384-401. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/EJIM-06-2017-0068>. Acesso em: 25 fev. 2022.

PENROSE, Edith Elura Tilton. **The Theory of the Growth of the Firm**. Oxford University Press, 2009.

PETERAF, M. A. The cornerstones of competitive advantage: a resource-based view. **Strategic management journal**, v. 14, n. 3, 1993. p. 179-191.

PINTO, É. G.; FLEURY, S. Custeio do direito à saúde: em busca da mesma proteção constitucional conquistada pelo direito à educação. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2012. p. 54-80. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55693>. Acesso em: 25 fev. 2022.

POLESE, F.; CARRUBBO, L.; CAPUTO, F.; SARNO, D. Managing Healthcare Service Ecosystems: Abstracting a Sustainability-Based View from Hospitalization at Home (HaH) Practices. **Sustainability**, v. 10, n. 11, 2018. p. 3951.

POPLI, M.; LADKANI, R. M.; GAUR, A. S. Business group affiliation and post-acquisition performance: An extended resource-based view. **Journal of Business Research**, v. 81, 2017. p. 21-30.

PORTER, M. E. The five competitive forces that shape strategy. **Harvard business review**, v. 86, n. 1, 2008. p. 25-40.

POSEN, H. E.; YI, S.; LEE, J. A contingency perspective on imitation strategies: When is “benchmarking” ineffective? **Strategic Management Journal**, John Wiley & Sons, Ltd., v. 41, n. 2, 2020. p. 198-221. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/smj.3101>. Acesso em: 25 fev. 2022.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The Core Competence of the Corporation. **Harvard business review**, v. 68, 1990. p. 79-91.

PRANGE, C.; PINHO, J. C. How personal and organizational drivers impact on SME international performance: The mediating role of organizational innovation. **International Business Review**, v. 26, n. 6, 2017. p. 1114-1123. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0969593116301251>. Acesso em: 25 fev. 2022.

QUEIROZ, A.; ALBUQUERQUE, L. de; MALIK, A. Strategic management and innovation: Case studies in the hospital environment/ Gestao estrategica de pessoas e inovacao: Estudos de caso no contexto hospitalar/Gestion estrategica y innovacion: Estudio de caso en el contexto hospitalario. **Revista de Administração**. São Paulo, v. 48, n. 4, 658, 2013. Disponível em: https://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/vsvpiv/TN_cdi_gale_infotrasmisc_A367198950. Acesso em: 25 fev. 2022.

RAFFA, C.; MALIK, A.; PINOCHET, L. A Tecnologia da Informação no Apoio à Gestão de Leitos: Um Estudo Multicaso em Hospitais Privados. **Revista Administração Em Diálogo**, v. 19, n. 3, 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2178-0080.2017v19i3.31356>.

Acesso em: 25 fev. 2022.

RAHMAN, M.; CARPANO, C. National corporate social policy, corporate governance systems, and organizational capabilities. **Corporate Governance: The international journal of business in society**, v. 17, n. 1, 2017. p. 13-29. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/CG-02-2016-0037>. Acesso em: 25 fev. 2022.

RAJAPATHIRANA, R. P. J.; HUI, Y. Relationship between innovation capability, innovation type, and firm performance. **Journal Of Innovation & Knowledge**, v. 3, n. 1, 2018. p. 44-55.

RAMIREZ-PEREZ, José Felipe *et al* . Fiabilidad y validez de un instrumento de medición del desempeño competitivo de las instituciones de salud mediante las tecnologías de la información y la comunicación. **CienciaUAT**, Ciudad Victoria, v. 16, n. 2, jun. 2022. p. 97-113. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582022000100097&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 09 jun. 2022. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v16i2.1539>.

RANGONE, A. A Resource-Based Approach to Strategy Analysis in Small-Medium Sized Enterprises. **Small Business Economics**, v. 12, 1999. p. 233-248.

RATHINAM, M. Management innovation capabilities: Case study of a rail organisation . **Polish Journal of Management Studies**, University of Technology, Sydney, Australia, v. 16, n. 2, 2017. p. 243–252, 2017. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85040085293&doi=10.17512%2Fpjms.2017.16.2.21&partnerID=40&md5=949f6dfb3c485a8090e18830c1606000>. Acesso em: 25 fev. 2022.

RAUTER, R.; GLOBOCNIK, D.; PERL-VORBACH, E.; BAUMGARTNER, R. J. Open innovation and its effects on economic and sustainability innovation performance. **Journal of Innovation & Knowledge**, v. 4, n. 4, 2019. p. 226-233. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2444569X18300325>. Acesso em: 25 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 6043, de 19 de setembro de 2011, Rio de Janeiro: **Diário Oficial [do] Estado do Rio de Janeiro**, 2011.

ROMIJN, H.; ALBALADEJO, M. Determinants of innovation capability in small electronics and software firms in southeast England. **Research Policy**, v. 31, n. 7, p. 1053–1067, 2002.

ROSIS, D. S.; NUTI, S. Public strategies for improving eHealth integration and long-term sustainability in public health care systems: Findings from an Italian case study. **The International Journal of Health Planning and Management**, John Wiley & Sons, Ltd. v. 33, n. 1, 2018. p. e131-e152. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.2443>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SALAMA, J. S.; LEE, A.; AFSHIN, A. Innovating in healthcare delivery: a systematic review and a preference-based framework of patient and provider needs. **BMJ Innovations**, v. 5, n. 2-3, 2019. p. 92 LP-100. Disponível em: <http://innovations.bmj.com/content/5/2-3/92.abstract>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SALUNKE, Sandeep; WEERAWARDENA, Jay; MCCOLL-KENNEDY, Janet R. The central role of knowledge integration capability in service innovation-based competitive strategy. **Industrial Marketing Management**, v. 76, 2019. p. 144-156. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2010.10.002>. Acesso em: 10 maio 2022.

SAMSON, D.; GLOET, M. Innovation capability in Australian manufacturing organisations: an exploratory study. **International Journal Of Production Research**, v. 52, n. 21, 2014. p. 6448–6466.

SAMSON, D.; GLOET, M.; SINGH, P. Systematic innovation Capability: evidence from case studies and a large survey. **International Journal Of Innovation Management**, v. 21, n. 7, 2017.

SANJEEWANI, S. Converging resources and co-producing for innovation: evidence from healthcare services. In: GARIMA, G. (org.). **European Journal of Innovation Management**, 1. jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/EJIM-02-2019-0047>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SANJEEWANI, S.; GARIMA, G. Converging resources and co-producing for innovation: evidence from healthcare services. **European Journal of Innovation Management**, Emerald Publishing Limited, v. 23, n. 3, 2019. p. 429-453. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/EJIM-02-2019-0047>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SANTOS, R. R. dos; MELO, F. J. C. de M.; CLAUDINO, C. N. de Q.; MEDEIROS, D. D. de. Model for formulating competitive strategy: the supplementary health sector case. **Benchmarking: An International Journal**, v. 24, n. 1, 2017. p. 219-243, 2017.

SANTOS, Thadeu Borges Souza *et al.* Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 9, 2020. p. 3597-3609. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.33962018>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 25 fev. 2022.

SANTOS-VIJANDE, M. L.; GONZÁLEZ MIERES, C.; LÓPEZ SÁNCHEZ, J. Á. An assessment of innovativeness in KIBS: Implications on KIBS' co-creation culture, innovation capability, and performance. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v. 28, n. 2, jan. 2013.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar n. 846 de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providência. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo. 05. jun. 1998. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/6680>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SAUNILA, M. Innovation capability for SME success: perspectives of financial and operational performance. **Journal of Advances in Management Research**, v. 11, n. 2, 2014. p. 163-175. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JAMR-11-2013-0063>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SAUNILA, M. Innovation capability in achieving higher performance: perspectives of

management and employees. **Technology Analysis & Strategic Management**, v. 29, n. 8, 2017. p. 903-916.

SAUNILA, M.; MÄKIMATTILA, M.; SALMINEN, J. Matrix structure for supporting organisational innovation capability. **International Journal of Business Innovation and Research**, v. 8, n. 1, 2014. p. 20-35. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84894120885&doi=10.1504%2FIJBIR.2014.058044&partnerID=40&md5=825e6ff526cd679821e98f4a707e8e37>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SAUNILA, M.; UKKO, J. A conceptual framework for the measurement of innovation capability and its effects. Tradução: Haldma (org.). **Baltic Journal of Management**, Bradford. v. 7, n. 4, 2012. p. 355-375. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17465261211272139/full/html>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SAUNILA, M.; UKKO, J. Intangible aspects of innovation capability in SMEs: Impacts of size and industry. **Journal of Engineering and Technology Management - JET-M**, v. 33, 2014. p. 32–46. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84907220844&doi=10.1016%2Fj.jengtecman.2014.02.002&partnerID=40&md5=14590b421ealeaa9a7b77576a94f3e9a>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico**. uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico (1934). Tradução: Maria Sílvia Possas. Coleção Os Economistas. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

SEHGAL, S.; GUPTA, G. Convergindo recursos e coproduzindo para inovação: evidências dos serviços de saúde, **European Journal of Innovation Management**, v. 23, n. 3, 2020. p. 429-453. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/EJIM-02-2019-0047>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SHAFIA, M. A.; SHAVALPOUR, S.; HOSSEINI, M.; HOSSEINI, R. Mediating effect of technological innovation capabilities between dynamic capabilities and competitiveness of research and technology organisations. **Technology Analysis and Strategic Management**, v. 28, n. 7, 2016. p. 811-826. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84961390635&doi=10.1080%2F09537325.2016.1158404&partnerID=40&md5=ba3ee47ec694125e4410eb2dc6772114>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SHIMIZU, Lizandra Carol Barbosa; VERONESI, R. J. B. Administração da Saúde Pública por Organizações Sociais (OS): caminhos para a gestão. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 11, n. 2, 2020. p. 132-145.

CARDOSO, Regis Silas; SILVA, Antônio Isidro da; VIEIRA, Lear Valadares. The Co-Production of Innovation: a Case Study in a Rehabilitation Hospital. **RAM**. Revista de Administração Mackenzie [online], São Paulo, v. 17, n. 4, 2016. p. 109-129. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-69712016/administracao.v17n4p108-129>. ISSN 1678-6971.

Acesso em: 16 jun. 2022.

SILVA, C. da; PROVIN, M.; FERREIRA, T. Hospital Pharmacy Service, According to the Management Model of Public Hospitals: a Comparative Analysis Between Direct Public Administration and Social Health Organization/Farmácia Hospitalar e o Modelo de Gestão dos Hospitais Públicos: Uma Análise Comparativa entre Administração Pública Direta e Organização Social de Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 7, n. 1, 56, 2018. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A570559270/AONE?u=capex&sid=bookmark-AONE&xid=0aba785a>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SILVA, H.; FARIAS, J. Adoção de Tecnologia em Hospitais: O Caso da Adoção do Sistema AGHU pelos Hospitais Universitários do Brasil. **RAHIS. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 4, 2017-05-22, 2017. Disponível em: https://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/vsvpiv/TN_cdi_crossref_primary_10_21450_rahis_v13i4_3858. Acesso em: 25 fev. 2022.

SLATER, S. F.; MOHR, J. J.; SENGUPTA, S. Radical Product Innovation Capability: Literature Review, Synthesis, and Illustrative Research Propositions. **Journal of Product Innovation Management**, v. 31, n. 3, 2014. p. 552-566.

SMITH, M.; BUSI, M.; BALL, P.; VAN DER MEER, R. Factors Influencing an Organisation's Ability to Manage Innovation: a structured literature review and conceptual model. **International Journal of Innovation Management**, v. 12, n. 4, 2008. p. 655-676. Disponível em: <http://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/S1363919608002138>. Acesso em: 3 abr. 2022.

SPSS, I. **PASW statistics 18**. Chicago: SPSS Inc, 2009.

SU, M.-F.; CHENG, K.-C.; CHUNG, S.-H.; CHEN, D.-F. Innovation capability configuration and its influence on the relationship between perceived innovation requirement and organizational performance: Evidence from IT manufacturing companies. **Journal of Manufacturing Technology Management**, v. 29, n. 8, 2018. p. 1316-1331. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JMTM-03-2018-0097>. Acesso em: 25 fev. 2022.

TAGHIZADEH, S. K.; RAHMAN, S. A.; HOSSAIN, M. M. Knowledge from customer, for customer or about customer: which triggers innovation capability the most? **Journal Of Knowledge Management**, v. 22, n. 1, 2018. p. 162-182. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JKM-12-2016-0548>. Acesso em: 25 fev. 2022.

TANG, T.-W.; WANG, M. C.-H.; TANG, Y.-Y. Developing service innovation capability in the hotel industry. **Service Business**, v. 9, n. 1, 2015. p. 97-113.

TEECE, D. J. Business Models, Business Strategy and Innovation. **Long Range Planning**, v. 43, n. 2, 2010. p. 172-194. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002463010900051>. Acesso em: 25 fev. 2022.

TEECE, D. J. Explicating dynamic capabilities: the nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. **Strategic management journal**, v. 28, n. 13, 2007. p. 1319-1350.

THAKUR, R.; HSU, S. H. Y.; FONTENOT, G. Innovation in healthcare: Issues and future trends. **Journal of Business Research**, v. 65, n. 4, 2012. p. 562-569. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0148296311000555>. Acesso em: 25 fev. 2022.

THIBE, L.; ARAÚJO, P.; MADURO, M.; SOARES, L.; SILVA, L. Práticas da Gestão: Fatores Críticos de Sucesso na Gestão da Informação e o Papel da Tecnologia da Informação no Processo Decisório de um Hospital. **RAHIS. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 10, n. 3, 2014-01-15, 2014. Disponível em: https://mp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/vsvpiv/TN_cdi_crossref_primary_10_21450_rahis_v10i3_2217. Acesso em: 25 fev. 2022.

TONELOTTO, Diego Pugliese *et al.* Hospitais de alta complexidade do Estado de São Paulo: uma análise comparativa dos níveis de eficiência obtidos pelos modelos de gestão de administração direta e de organização social. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 11, n. 4, 2019. p. 1-21. Disponível em: <https://doi.org/10.21118/apgs.v4i11.7175>. Acesso em: 25 fev. 2022.

TWENEBOAH, E.; ANNING-DORSON, T.; BOADI NYAMEKYE, M. Impact of customization and innovation on hospitality firms' performance. **Journal of Hospitality Marketing & Management**, v. 29, n.1, 2018. p. 106-120.

URUEÑA, Alberto; HIDALGO, Antônio; ARENAS, Álvaro E. Identifying capabilities in innovation projects: Evidences from eHealth. **Journal of Business Research**, v. 69, 2016. p. 4843-4848. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.04.041>. Acesso em: 10 maio 2020.

USAQUEN-PERILLA, S. P. *et al.* O Uso da Avaliação de Tecnologia em Saúde para Aquisição de Tecnologia em Hospitais. **Rev. ing. biomed.**, Medellín, v. 11, n. 21, jun. 2017. p. 27-34. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-97622017000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2022.

VALLADARES, P. S. D. de A. **Capacidade de inovação: análise estrutural e o efeito moderador da organicidade da estrutura organizacional e da gestão de projetos**. 139f. 2012. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração de Empresas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

VALLADARES, P. S. D. de A.; VASCONCELLOS, M. A. de; SERIO, L. C. D. Capacidade de Inovação: Revisão Sistemática da Literatura. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2014. p. 598-626. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552014000500598&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 3 abr. 2022.

VARGAS, Eduardo Raupp de. Relação entre estratégia e inovação em serviços: análise de casos no setor hospitalar. **Organizações & Sociedade** [online]. v. 14, n. 40. 2007. p. 17-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-92302007000100001>. ISSN 1984-9230. Acesso em: 15 jun. 2021.

VARGO, S. L.; LUSCH, R. F. Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. **Journal of Marketing**, v. 68, n. 1, 2004. p. 1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1509/jmkg.68.1.1.24036>. Acesso em: 25 fev. 2022.

VARGO, S. L.; LUSCH, R. F. Service-dominant logic: continuing the evolution. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 36, n. 1, 2008. p. 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11747-007-0069-6>. Acesso em: 25 fev. 2022.

VASCONCELOS, F. C.; CYRINO, Ã. B. Vantagem competitiva: os modelos teóricos os atuais e a convergência entre estratégia e teoria organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 4, 2000. p. 20-37. scielo. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902000000400003&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2022.

WANG, W.; ZHANG, C. Evaluation of relative technological innovation capability: Model and case study for China's coal mine. **Resources Policy**, v. 58, n. SI, 2018. p. 144-149.

WERNERFELT, B. A resource-based view of the firm. **Strategic Management Journal**, v. 5, n. 2, 1984. p. 171-180. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smj.4250050207>. Acesso em: 25 fev. 2022.

WEST, M. A. The social psychology of innovation in groups. *In*: WEST, M. A.; FARR, L. (eds.). **Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies**. Oxford, England: John Wiley & Sons, 1990. p. 309-333. Disponível em: *Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies*. Acesso em: 10 maio 2020.

WONGLIMPIYARAT, J. Innovation index and the innovative capacity of nations. **Futures**, v. 42, n. 3, 2010. p. 247-253.

WU, X.; SIVALOGATHASAN, V. Impact of Organization Motivation on Intellectual Capital and Innovation Capability of the Textile and Apparel Industry in Sri Lanka. **International Journal of Innovation Science**, v. 7, n. 2, 2015. p. 153-168. Disponível em: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1260/1757-2223.7.2.153>. Acesso em: 25 fev. 2022.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman editora, 2010.

YUAN, Y.; HUNT, R. H. Systematic Reviews: The Good, the Bad, and the Ugly. **American Journal of Gastroenterology**, v. 104, n. 5, 2009. Disponível em: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2009/05000/Systematic_Reviews__The_Good,_the_Bad,_and_the.3.aspx. Acesso em: 25 fev. 2022.

YUNUS, M.; SAENAB; YANI, A. A. Inovação em serviços de saúde na cidade de Makassar. **Enfermería Clínica**, v. 30, 2020. p. 137-139. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.064>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ZEN, A. C.; FRACASSO, E. M. Recursos, competências e capacidade de inovação: um estudo de múltiplos casos na indústria eletro-eletrônica no Rio Grande do Sul. **RAI Revista de Administração e Inovação**, v. 9, n. 4, 2012. p. 177-201. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1809203916303709>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ZHANG, J.; ZHU, M. When can B2B firms improve product innovation capability (PIC) through customer participation (CP)? The moderating role of inter-organizational relationships? **Journal of Business & Industrial Marketing**, v. 34, n. 1, 2018. p. 12-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JBIM-09-2016-0214>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ZHAO, H.; TONG, X.; WONG, P. K.; ZHU, J. Types of technology sourcing and innovative capability: An exploratory study of Singapore manufacturing firms. **Journal of High Technology Management Research**, v. 16, n. 2, 2005. p. 209-224.

ZIMUTO, J.; MARITZ, R. Modelling effect of valuable resources on franchise outlet performance: Dynamic sensing capability as mediator . **South African Journal of Economic and Management Sciences**, v. 22, n.1. 2019.

APÊNDICE A – Fatores Identificados na Revisão da Literatura

Quadro 7 – Fatores determinantes e resultantes dos modelos teóricos analisados

Referências	Fatores/Capacidades/Atributos/Componentes (Determinantes ou de predisposição para inovar)										Fatores Resultantes (Desempenho)	
	Liderança transformadora	Intenção estratégica de inovar	Gestão e pessoas para inovação	Conhecimento do cliente e do mercado	Gestão estratégica de tecnologia	Organicidade da estrutura organizacional	Gestão de Projetos	Clima de trabalho e bem-estar	Regeneração	Inovação em Produto	Inovação em Processo	
Valladares (2012) e Valladares et al. (2014)												
Saunila (2014), Saunila e Ukko (2014)	Cultura de liderança participativa		Atividade individual	Conhecimento externo		Estrutura de ideias e organização	Desenvolvendo know-how			Desempenho financeiro	Desempenho operacional	
Kearney et al. (2014)	Liderança	Pensamento estratégico	Relações de pessoas	Recurso - Proximidade com o mercado			Solução de problemas	Recurso - stakeholders	Recurso – Comunidade local e laços familiares	Gestão das capacidades para inovar		
Samsom e Gloet (2014)		Fatores da estratégia de inovação	Recompensas reconhecimento			Processos/ Recursos de inovação		Comportamento de inovação/ Cultura	Medidas de inovação			
Slater et al. (2014)	Liderança sênior					Características organizacionais		Cultura organizacional		Estratégia de lançamento de novos produtos (Inovação Radical)		
Tang et al. (2015)		Visão compartilhada				Vínculos de rede		Cultura de confiança		Compartilhar conhecimento		
Iddris (2016)		Gerenciamento de ideias	Aprendizado		Colaboração		Implementação de ideias					Agilidade na cadeia de suprimentos

Fonte: Referências identificadas a partir da revisão da literatura (2019).

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE: FATORES DETERMINANTES DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO NOS DIFERENTES MODELOS DE GESTÃO.”

CAAAE Nº 08842919.20000.0052

PARECER Nº 3.351.017 (COMITÊ DE ÉTICA DA SESAB)

Nome do Pesquisador responsável: Leone Coelho Bagagi

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo caracterizar e analisar os fatores determinantes e resultantes da capacidade de inovação nos modelos de gestão do tipo Organização Social de Saúde (OSS), Parceria Pública-Privada (PPP) e da Administração Direta nos serviços públicos de saúde no Estado da Bahia. Por isso, justifica-se a realização dessa pesquisa para o avanço teórico e prático sobre as principais dimensões que contribuirão para a gestão da inovação nos diferentes modelos de gestão nos diversos aparelhos hospitalares e de serviços públicos de saúde.

Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra sua vontade.

Leia atentamente as informações abaixo e faça, se desejar qualquer pergunta para esclarecimento, antes de concordar.

Envolvimento na pesquisa: a pesquisa será realizada por meio de entrevistas e aplicação de questionários. Solicitamos, também, seu consentimento, no caso de entrevista, para gravação, garantido o seu anonimato. Assim, a sua participação, neste estudo, consiste em conceder entrevista, cujo tempo médio de duração é de 30 minutos, em local de melhor conveniência para o(a) Sr.(a) e no qual o(a) Sr.(a) possa se sentir à vontade e sem possibilidade de interrupções por outras pessoas.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Riscos, desconfortos e benefícios: a participação nesta pesquisa não infringe às normas legais e éticas. Os possíveis riscos que o sujeito (entrevistado/informante ou o observado) pode estar exposto em participar do presente estudo se relacionam com os comentários proferidos que, a depender do tipo de informação prestada, pode incorrer em críticas contundentes e capazes de provocar algum tipo de prejuízo à organização e, por conseguinte, o participante poderá estar

suscetível às ações administrativas e judiciais regressivas indesejadas. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Assim, nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Será, também, garantida a assistência de saúde de forma gratuita, imediata e integral pelo tempo que for necessário aos participantes da pesquisa. Nas situações de exposição de dados que identifiquem os respondentes, apesar da previsão quase nula de haver riscos à dignidade do participante desta pesquisa. Por isso, será garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, mesmo após o término da mesma.

Somente os pesquisadores terão conhecimento da identidade e se comprometem a manter o sigilo ao publicar os resultados.

Ao participar desta pesquisa, o(a) sr(a) não oferecerá nenhum benefício direto aos seus participantes. Entretanto, esperamos que este estudo possa trazer informações importantes sobre as dimensões teóricas da capacidade e resultados de inovação, a partir das práticas gerenciais, de forma que o conhecimento que será construído possa fortalecer o assunto em questão e instigar novas pesquisas a respeito, aumentando ainda mais o conhecimento sobre a prática e seus benefícios. Indiretamente, espera-se que a pesquisa possa contribuir para a adoção de boas práticas de gestão da inovação para melhorar o ambiente institucional, com vistas à promoção dos seus colaboradores e dos usuários dos serviços de saúde.

Garantias éticas: todas as despesas que venham a ocorrer com a pesquisa serão custeadas pelo pesquisador. É garantido ainda o seu direito a indenização diante dos eventuais danos decorrente da pesquisa. Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Por isso, caso seja perceptível algum desconforto ou risco, tais como: não se sentir à vontade para responder, a pesquisa poderá ser interrompida e será feito um comunicado ao comitê de ética para avaliar a adequação ou suspensão da pesquisa.

Todas as despesas que venham a ocorrer com a pesquisa serão ressarcidas. Será garantido, ainda, o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. O participante terá liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Será, também, garantida a assistência de saúde de forma gratuita, imediata e integral pelo tempo que forem necessários aos participantes da pesquisa. Nas situações de exposição de dados que identifiquem os respondentes, apesar da previsão quase nula de haver riscos à dignidade do participante desta pesquisa. Por isso, será garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes, mesmo após o término da

pesquisa. Somente os pesquisadores terão conhecimento da identidade e se comprometem a manter o sigilo ao publicar os resultados.

Confidencialidade: é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, mesmo após o término da pesquisa. Somente o(s) pesquisadores(es) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados. **Informar como os dados serão guardados para garantir a confidencialidade.**

É garantido ainda que você terá acesso aos resultados com o(s) pesquisador(es). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com o(s) pesquisador(es) do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e rubricadas em todas as páginas uma das quais ficará com o(a) senhor(a) e a outra com o(s) pesquisador(es). Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Obs: não assine o termo se ainda tiver dúvida a respeito.

_____, _____ de _____ 20____

Assinatura do participante da pesquisa

Leone Coelho Bagagi

Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE

Pesquisador Responsável: LEONE COELHO BAGAGI, residente à rua Curaça, nº 50, Jardim Maravilha, Petrolina/PE, e-mail: leone.bagagi@univasf.edu.br, Fone: 87 9 8814 3940.

Demais Pesquisadores da equipe de pesquisa: VERA LÚCIA PEIXOTO SANTOS MENDES (Orientadora), e-mail: verapeixoto09@gmail.com.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (CEPSESAB), rua Av. A.C.M. s/n, Iguatemi, Salvador/BA, CEP 41.820-000, Fone: 71 3116 0236, e-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br.

APÊNDICE C – Questionário



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO



QUESTIONÁRIO

Prezado (a) participante:

Este questionário tem como objetivo medir a capacidade de inovação em hospitais que adotam os modelos de gestão do tipo: Organização Social de Saúde, Parceria Público-Privada e Administração Pública Direta. As informações disponibilizadas pelos respondentes estão sob sigilo e serão tratadas de forma confidencial para não haver quaisquer identificações de respondentes e de hospitais. As informações serão utilizadas para fins científicos, no desenvolvimento de tese de doutorado de Leone Coelho Bagagi, sob orientação da Prof^a Dr^a Vera Mendes.

Agradecemos antecipadamente pela gentileza de participar e disponibilizamos os contatos para possíveis esclarecimentos: Leone Coelho Bagagi (87) 98814-3940, e-mail: leone.bagagi@gmail.com; vmendes@ufba.br.

Nas afirmativas seguintes, marque o ponto da escala que melhor representa a sua resposta:

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem discordo e nem concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Você concorda que essas práticas ocorrem neste hospital?		1	2	3	4	5
IE01	Tentam enfatizar a Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), alcançar a liderança tecnológica e desenvolver inovações ¹⁷ .	1	2	3	4	5
IE02	Dispõem de variedade de produtos e serviços suficientes no atendimento dos usuários.	1	2	3	4	5
IE03	Buscam criar soluções por meio de mudanças nos processos e serviços existentes, sendo capazes de impactar a atenção à saúde deste hospital.	1	2	3	4	5
IE04	Introduzem novas técnicas administrativas.	1	2	3	4	5
IE05	Introduzem novas tecnologias assistenciais nos processos de produção dos serviços deste hospital.	1	2	3	4	5
IE06	Adotam postura proativa para explorar potenciais oportunidades.	1	2	3	4	5
IE07	Priorizam a oferta de novos serviços de saúde à sociedade.	1	2	3	4	5
LT01	Inspiram os colaboradores (funcionários/empregados) a construírem com o futuro do hospital.	1	2	3	4	5
LT02	Tratam os colaboradores como “gente”, apoiam e incentivam o desenvolvimento pleno dessas pessoas em todos os aspectos.	1	2	3	4	5
LT03	Instilam nos outros: orgulho, respeito e competência.	1	2	3	4	5
LT04	O hospital pratica os valores que prega.	1	2	3	4	5

¹⁷ Nos termos dessa pesquisa, essa compreensão se alinha com Fruhling e Siau (2007) e Lin, Chen e Chiu (2010, p. 113) para considerar a “[...] inovação como uma ideia, prática ou objeto que é percebido como novo para um indivíduo ou para a unidade de adoção”.

LT05	Encorajam e apoiam os esforços dos colaboradores (funcionários/empregados).	1	2	3	4	5
LT06	Estimulam o envolvimento, a confiança e a cooperação entre as pessoas.	1	2	3	4	5
LT07	Encorajam a pensar diferente e com base em novos pressupostos.	1	2	3	4	5
OR01	Possuem estrutura organizacional (organograma) flexível e com poucos níveis hierárquicos.	1	2	3	4	5
OR02	Possui estrutura organizacional (setores e chefias) que permite a tomada rápida de decisões.	1	2	3	4	5
OR03	Existem trocas intensas (maior volume e frequência) e fluidas (espontânea e corrente) de informações (horizontal) entre as várias áreas do hospital	1	2	3	4	5
OR04	Existem trocas intensas (maior volume e frequência) e fluida (espontânea e corrente) de informações (vertical) entre os vários níveis hierárquicos do hospital.	1	2	3	4	5
OR05	Têm comunicação interna aberta (para ouvir, pedir e expor ideias) e transparente (clara, objetiva, direta e sem segredos).	1	2	3	4	5
OR06	O hospital é muito hierarquizado e burocrático.	1	2	3	4	5
OR07	Têm processo decisório que envolve várias instâncias hierárquicas, qualquer que seja o assunto.	1	2	3	4	5
OR08	Estabelecem que a implementação de quaisquer ações depende da aprovação das chefias.	1	2	3	4	5
OR09	Ocorre que, mesmo pequenos problemas, têm que ser levados à chefia para uma resposta final.	1	2	3	4	5
PE01	São oferecidas oportunidades de treinamento e desenvolvimento a todos os colaboradores (funcionários/empregados).	1	2	3	4	5
PE02	A cultura organizacional (valores e crenças difundidos no hospital) do hospital valoriza a capacidade de inovação e a criatividade dos colaboradores. (funcionários/empregados).	1	2	3	4	5
PE03	Orientam-se por critérios de avaliação do desempenho dos colaboradores que valorizam a iniciativa e o empreendedorismo.	1	2	3	4	5
PE04	Reconhece e recompensa formalmente seus colaboradores pelos seus desempenhos.	1	2	3	4	5
PEP5	Disponibilizam condições de trabalho (p. ex: flexibilidade de horário) e os serviços de apoio (p. ex: transporte) que facilitam a vida pessoal dos colaboradores.	1	2	3	4	5
PE06	A partir de objetivos negociados com as chefias, os colaboradores têm autonomia para realizar as suas tarefas e tomar decisões rotineiras.	1	2	3	4	5
PE07	Promovem os colaboradores (funcionários /empregados) com base em critérios que valorizam a competência, a iniciativa e o empreendedorismo.	1	2	3	4	5
PE08	Valorizam e estimulam os colaboradores a fazerem uma carreira dentro do hospital.	1	2	3	4	5
PE09	Adotam práticas de avaliação de desempenho de pessoas e equipes que estimulam a inovação e a criatividade.	1	2	3	4	5
PE10	Reconhecem e recompensam formalmente as equipes pelos seus desempenhos.	1	2	3	4	5
CP01	Identifica regularmente os requisitos e as necessidades dos pacientes.	1	2	3	4	5
CP02	Analisa como os pacientes acessam e usam os serviços do hospital para descobrir novas necessidades.	1	2	3	4	5
CP03	Descobrem necessidades dos pacientes, as quais eles próprios desconhecem.	1	2	3	4	5
CP04	Analisa requisitos e necessidades dos pacientes para ofertar novos serviços de saúde.	1	2	3	4	5
CP05	Envolvem os pacientes em projetos e testes de novos processos e novos serviços.	1	2	3	4	5
CP06	Avaliam regularmente, junto aos pacientes, a qualidade dos processos e a satisfação com os serviços utilizados.	1	2	3	4	5
CP07	Recebem <i>feedback</i> de pacientes sobre o desempenho dos processos e a satisfação com os serviços do hospital.	1	2	3	4	5
CP08	Pesquisam regularmente a satisfação dos pacientes.	1	2	3	4	5
GT01	Buscam permanecer na vanguarda (liderança) em novas tecnologias no hospital.	1	2	3	4	5
GT02	Desenvolvem capacitação tecnológica à frente das necessidades atuais (pensando em necessidades futuras).	1	2	3	4	5
GT03	Pensam constantemente sobre a próxima geração de tecnologia.	1	2	3	4	5
GT04	Estudam, em profundidade, as tecnologias emergentes (novas) que podem influenciar nos processos e serviços de saúde agora ou num futuro mais distante.	1	2	3	4	5
GT05	Buscam identificar quais são as tecnologias que poderão oportunizar ao hospital vantagens competitivas.	1	2	3	4	5
GT06	Buscam alcançar ou superar tecnologicamente outros hospitais de referência no Brasil.	1	2	3	4	5
GT07	Fazem esforço para explorar todo o potencial das novas tecnologias aplicadas.	1	2	3	4	5
GT08	Acompanham, de perto, as ações de outros hospitais de referência no Brasil, para identificar mudanças tecnológicas e outras que possam impactar na assistência ao usuário.	1	2	3	4	5
GP01	Acompanham os projetos de inovação e melhorias, por meio de cronograma que definem prazos e responsabilidades para cada atividade.	1	2	3	4	5
GP02	Realizam projetos de inovação e melhorias com base em processos preestabelecidos.	1	2	3	4	5
GP03	Monitoram o progresso dos projetos de inovação e de melhorias.	1	2	3	4	5
GP04	Dedicam tempo e recursos financeiros para a realização de inovações e melhorias.	1	2	3	4	5
GP05	Avaliam os resultados dos projetos de inovação e melhorias.	1	2	3	4	5
IP01	Têm alcançado melhor desempenho em produtividade e competitividade nos processos de oferta dos serviços de saúde em relação aos principais hospitais de referência no Brasil.	1	2	3	4	5

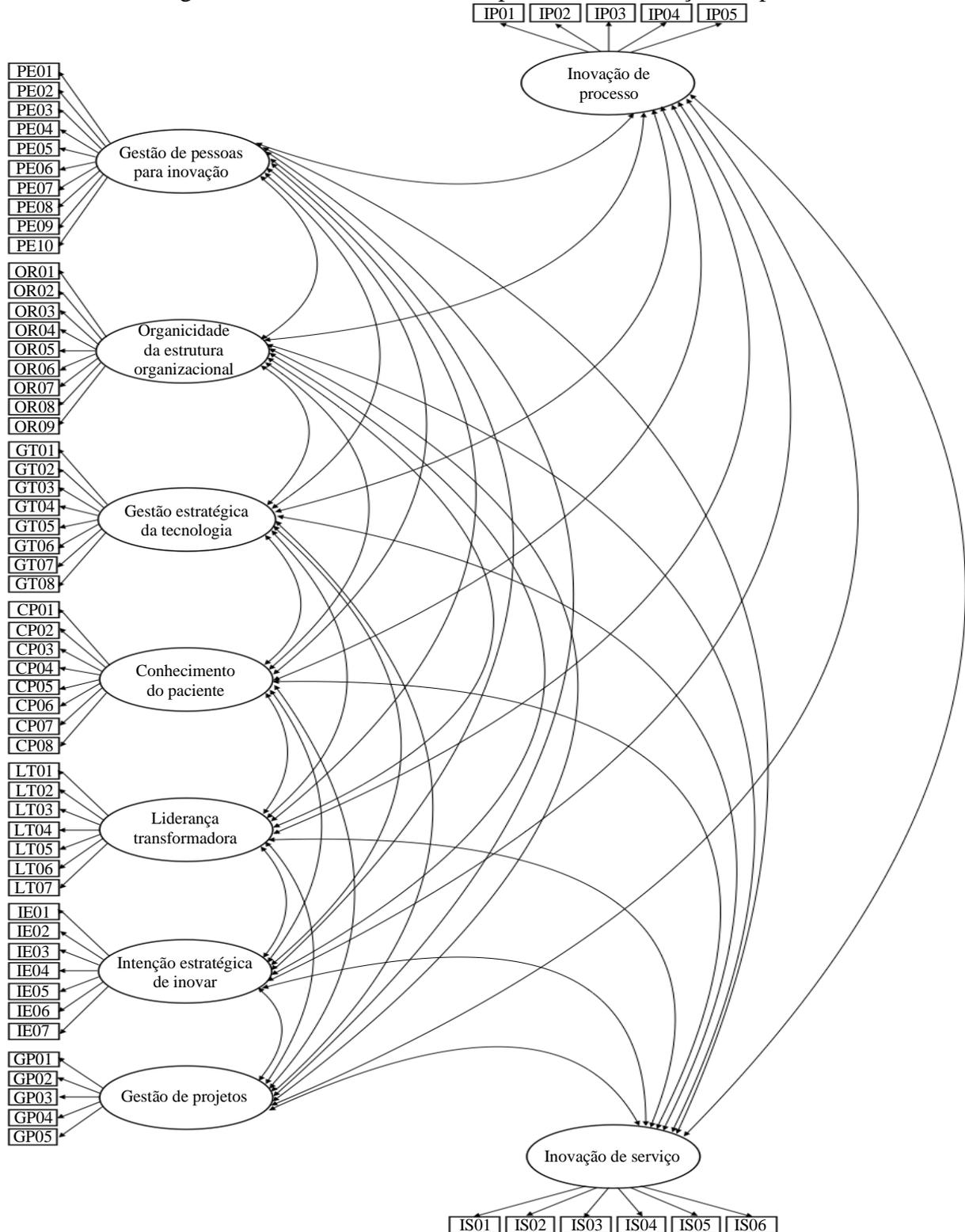
IP02	Acompanham a velocidade em que são adotadas as últimas inovações tecnológicas nos processos de oferta dos serviços de saúde em relação aos principais hospitais de referência no Brasil.	1	2	3	4	5
IP03	Atualizam as tecnologias utilizadas nos processos de oferta dos serviços de saúde em relação aos principais hospitais de referência no Brasil.	1	2	3	4	5
IP04	Adotam novas tecnologia para redução dos custos nos processos de oferta dos serviços de saúde (Ex: compra de equipamentos de diagnóstico e terapia).	1	2	3	4	5
IP05	Adotam novas tecnologias de Informação e Comunicação para agilizar atendimentos e reduzir custos nos processos de oferta dos serviços de saúde.	1	2	3	4	5
IS01	Têm alcançado melhor nível de inovação e criatividade dos novos produtos e serviços.	1	2	3	4	5
IS02	Têm aplicado as últimas inovações tecnológicas em novos produtos e serviços.	1	2	3	4	5
IS03	Têm alcançado maior velocidade de desenvolvimento de novos produtos e serviços em relação aos principais hospitais de referência no Brasil.	1	2	3	4	5
IS04	Têm aumentado o número de novos produtos e/ou serviços desenvolvidos pelo hospital em relação a outros de referência.	1	2	3	4	5
IS05	Vêm desenvolvendo novos produtos e/ou serviços que são pioneiros no setor.	1	2	3	4	5
IS06	Disponibilizam novos serviços alternativos para redução dos custos com tratamentos de alta complexidade (Ex: continuação do tratamento em casa com suporte dos profissionais de saúde).	1	2	3	4	5

Marque abaixo o ponto da escala que melhor representa sua resposta:

GÊNERO							
DSC1	Masculino	Feminino	Outros: _____				
IDADE							
DSC2	18 a 30	31 a 39	41 a 49	51 a 59	61 a 69	70 a 75	
GRAU DE INSTRUÇÃO							
DSC3	1º Grau	2º Grau	Graduação	Especialização/ Residência	MBA Executivo	Mestrado	Doutorado
ORGANIZAÇÃO PERTENCENTE							
DSC4	ICOM		HGESF		OSID		
ÁREA DE ATUAÇÃO							
DSC5	Profissional de saúde:		Função Administrativa:		Outros (especificar):		
	<input type="checkbox"/> Biomédico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Técnico de Radiologia <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Analista de Informação <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Economista <input type="checkbox"/> Tecnólogo: _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____		<hr/>		
CONTRATO							
DSC6	Carteira de Trabalho (CLT)		Contrato Pessoa Jurídica (PJ)		Contrato de Trabalho Temporário		
	Contrato de Trabalho P. Física		Servidor Estatutário		Outro: _____		

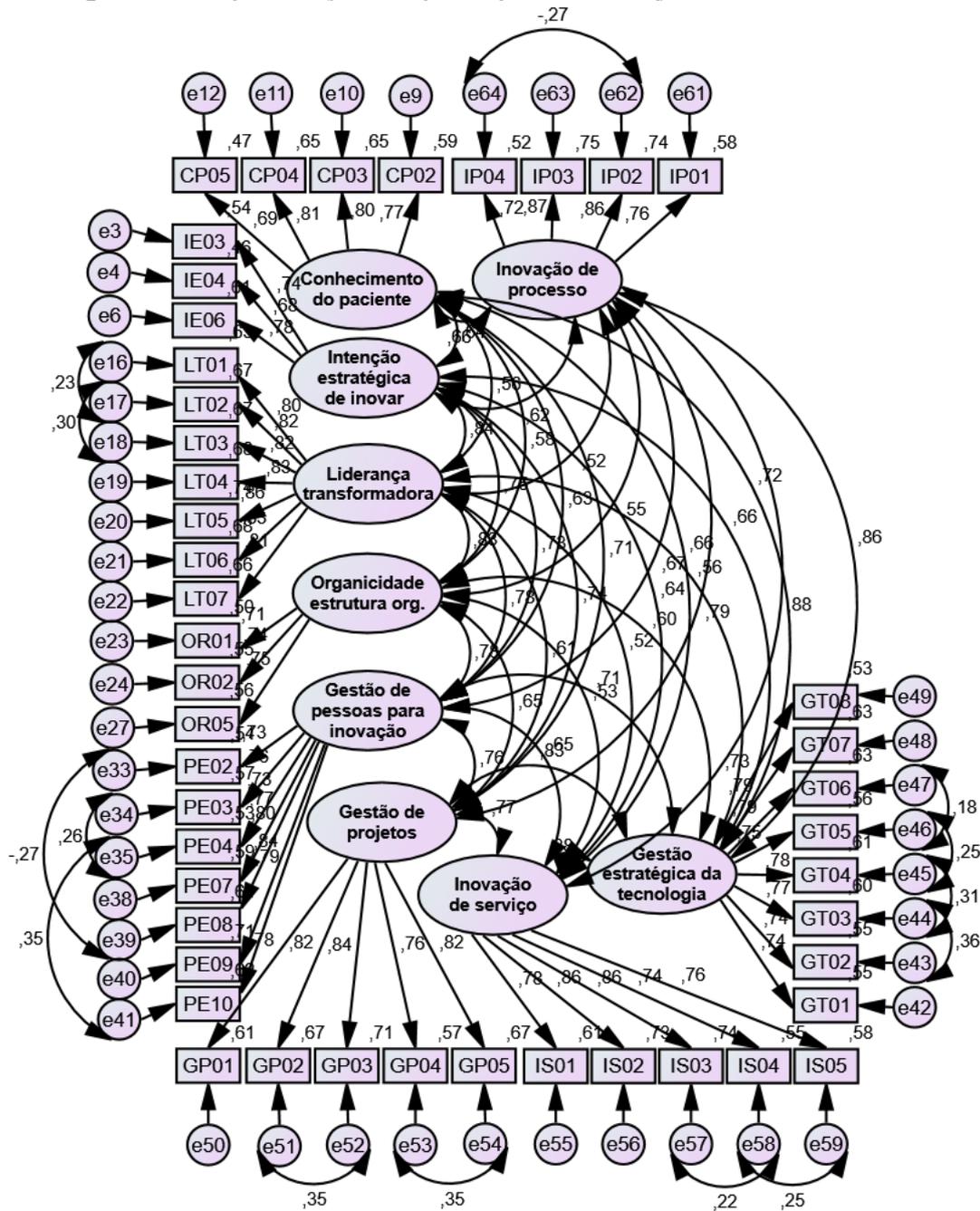
Obrigado!

APÊNDICE D – Ilustrações do Modelo Teórico Analisado
Figura 14 – Modelo teórico da capacidade de inovação adaptado



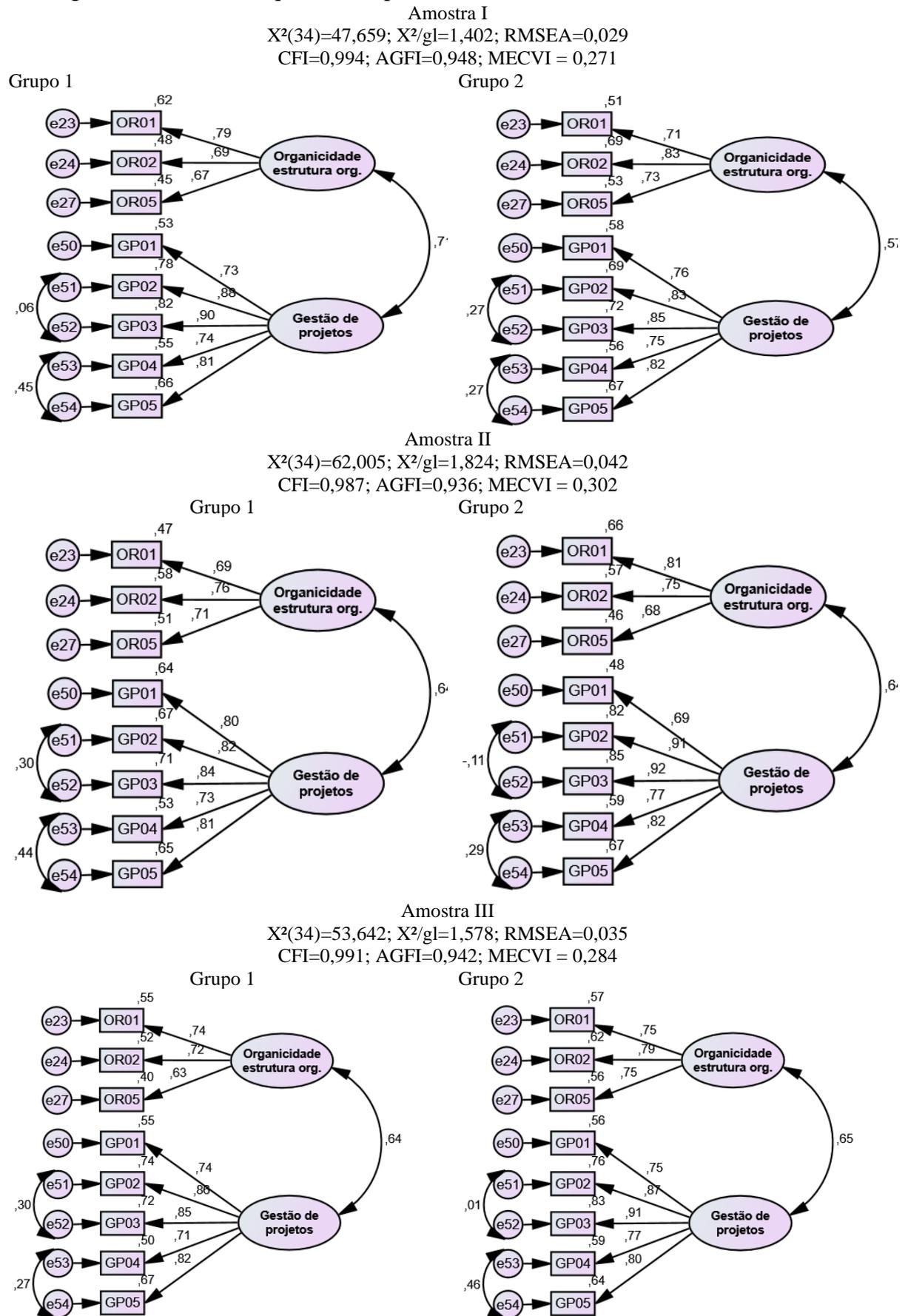
Fonte: Adaptado de Valladares (2012).

Figura 15 – Especificação IV após a qualidade de ajustamento do modelo teórico



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

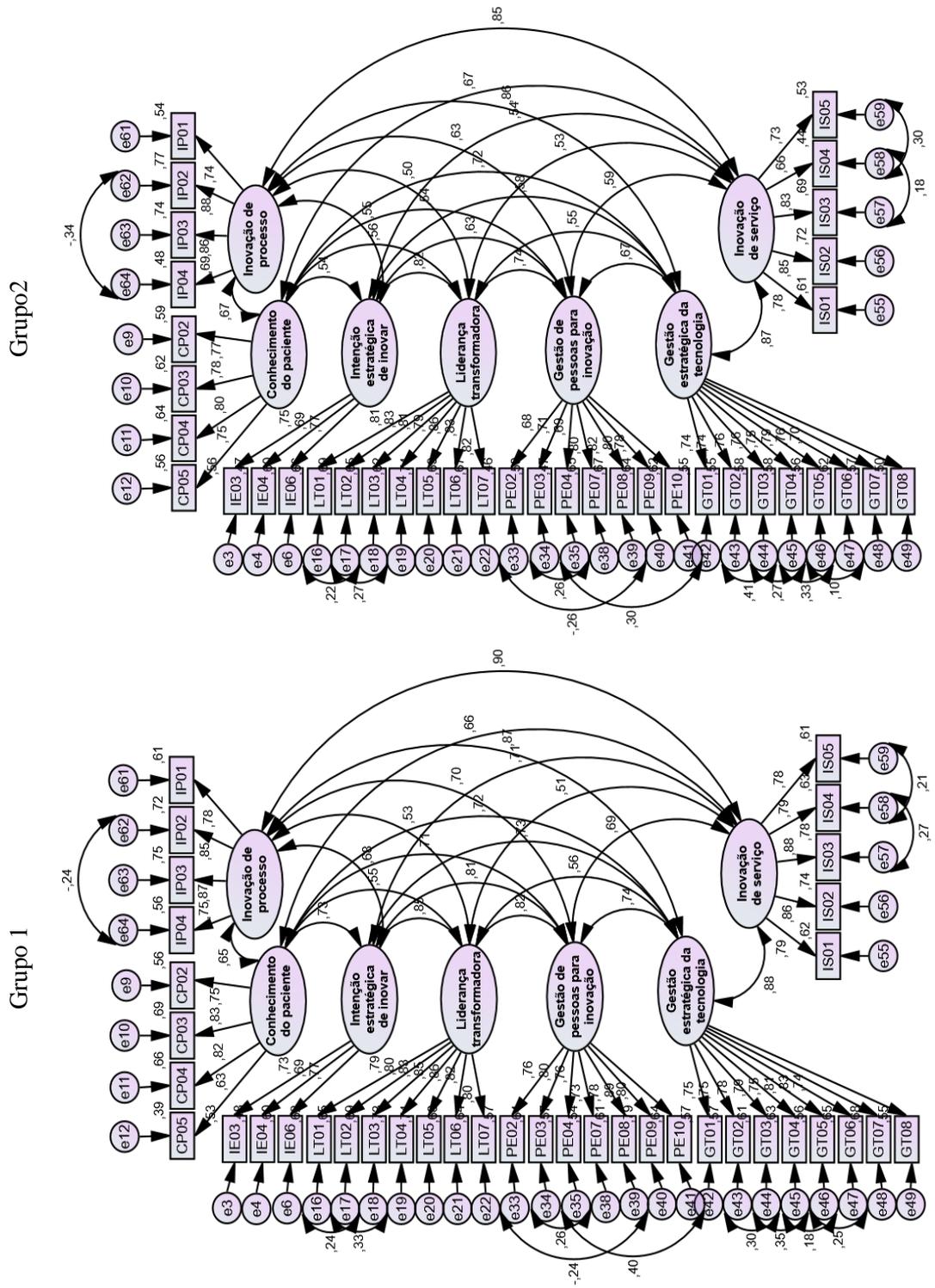
Figura 16 – Índices de qualidade e pesos fatoriais do modelo com efeito moderador



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

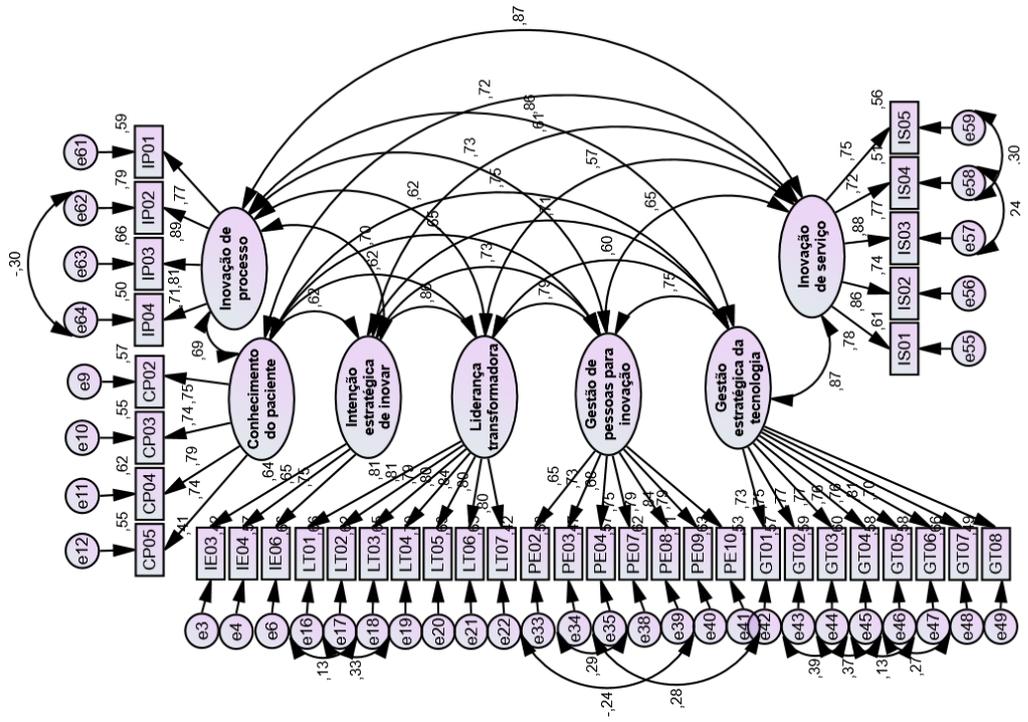
Figura 17 – Índices de qualidade e pesos fatoriais do modelo com efeito direto e indireto

Amostra I
 $\chi^2(1264)=2212,64$; $\chi^2/df=1,751$; $RMSEA=0,040$
 $CFI=0,931$; $AGFI=0,771$; $MECVI = 5,860$

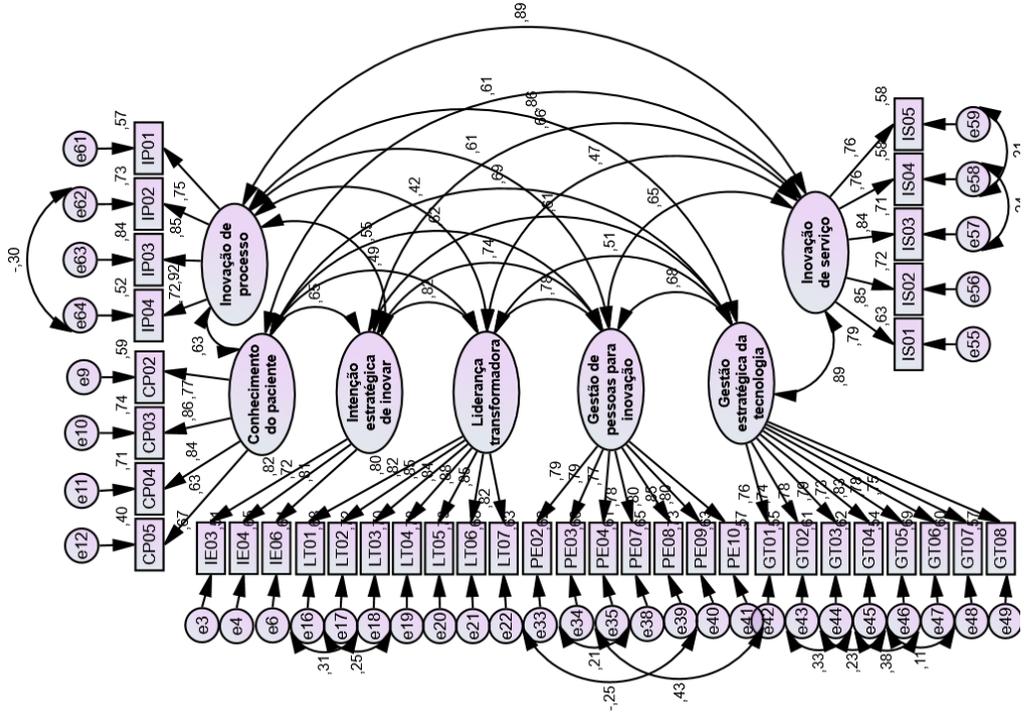


Amostra II
 $X^2(1264)=2234,25$; $X^2/gl=1,768$; $RMSEA=0,041$
 $CFI=0,930$; $AGFI=0,772$; $MECVI = 5,905$

Grupo 1

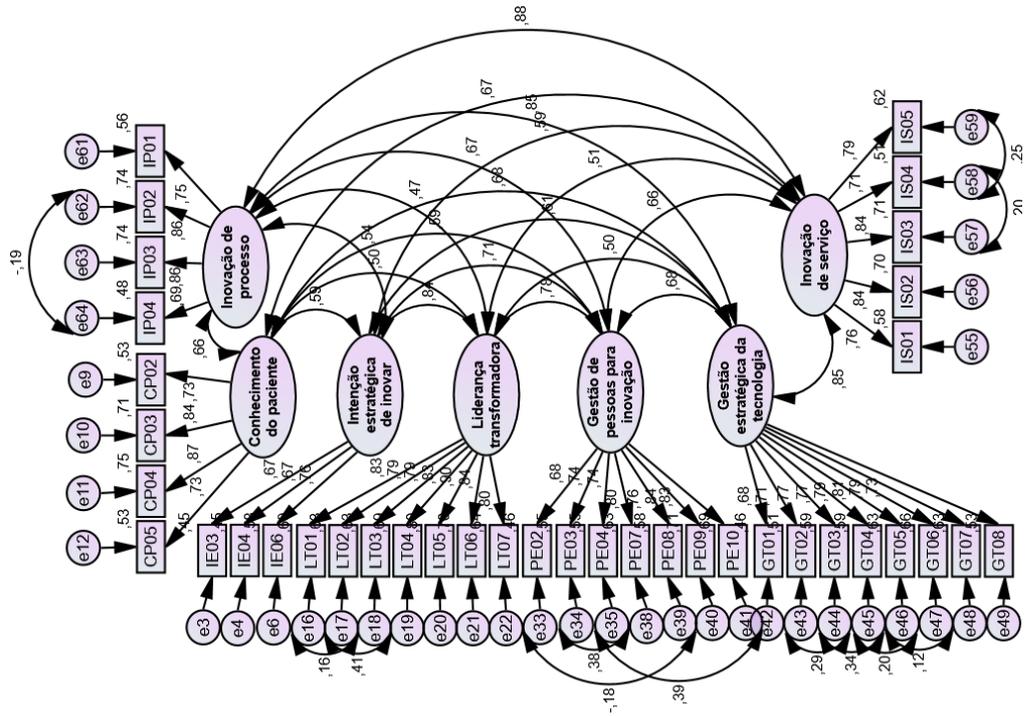


Grupo2

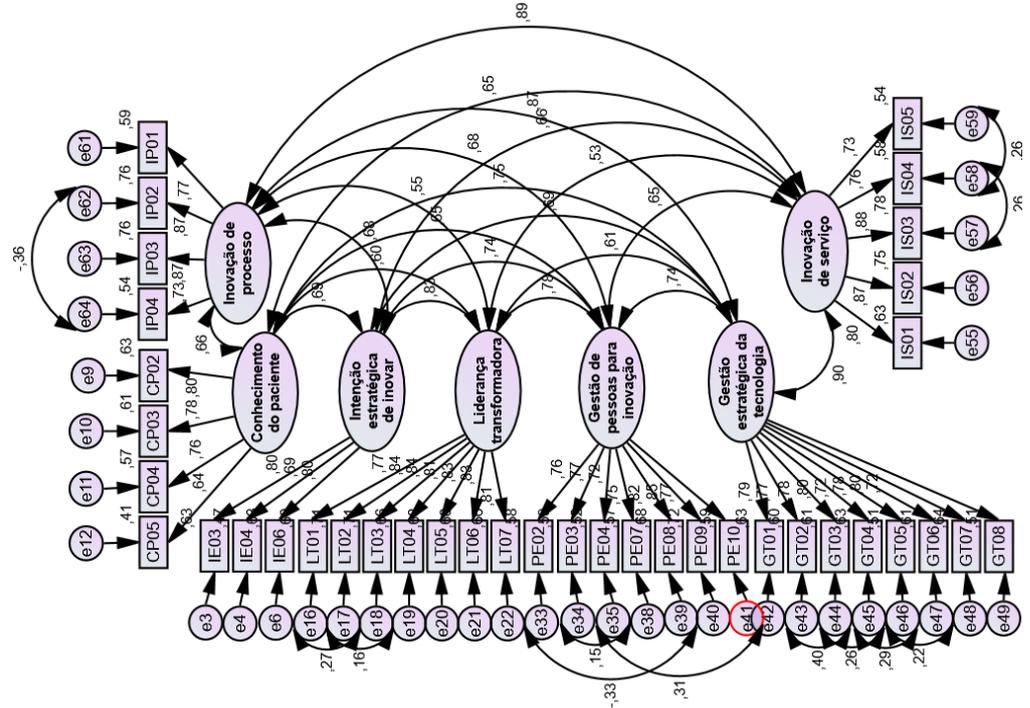


Amostra III
 $X^2(1264)=2250,18$; $X^2/g|=1,780$; $RMSEA=0,041$
 $CFI=0,928$; $AGFI=0,768$; $MECVI = 5,940$

Grupo 1

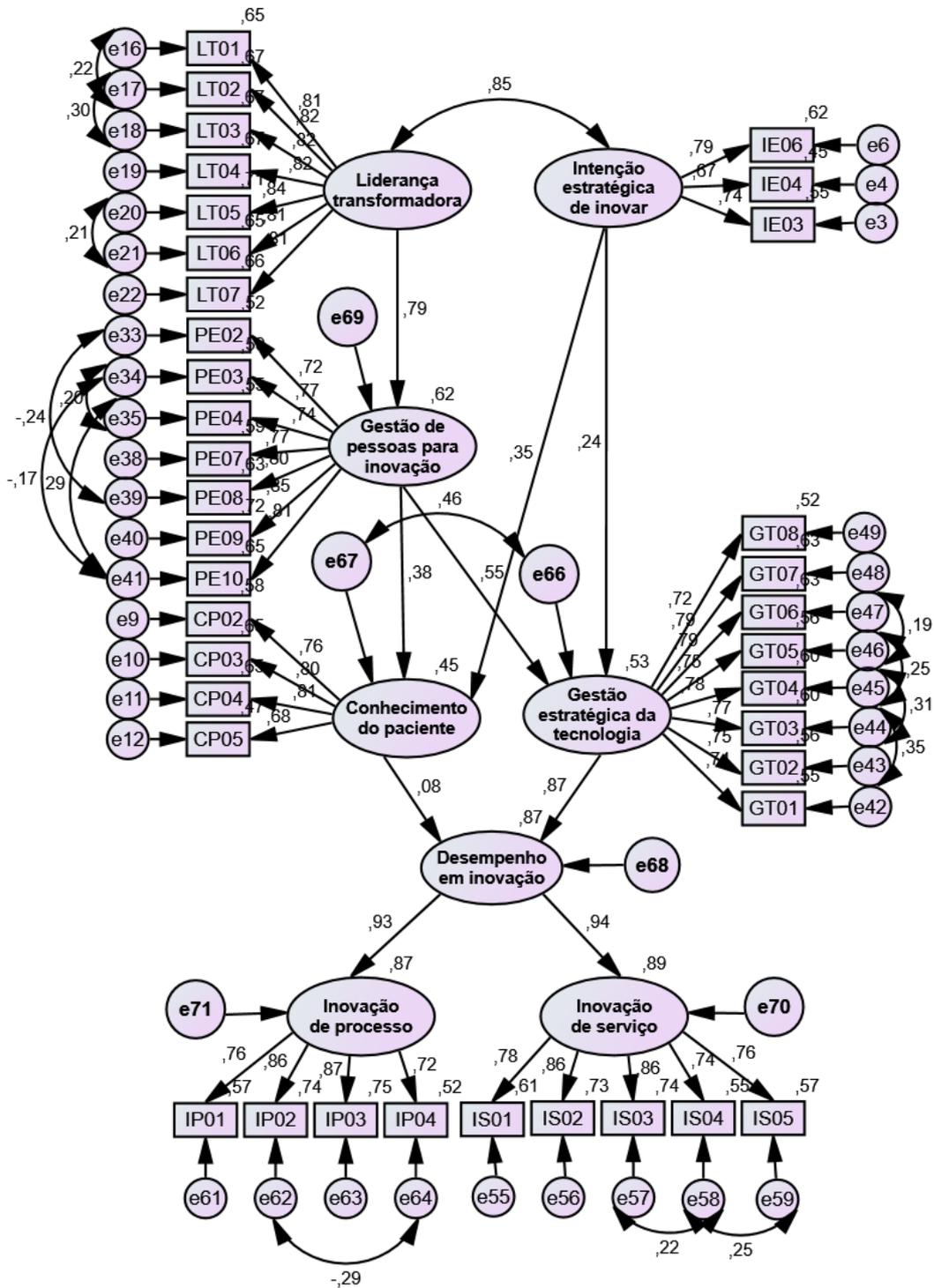


Grupo2



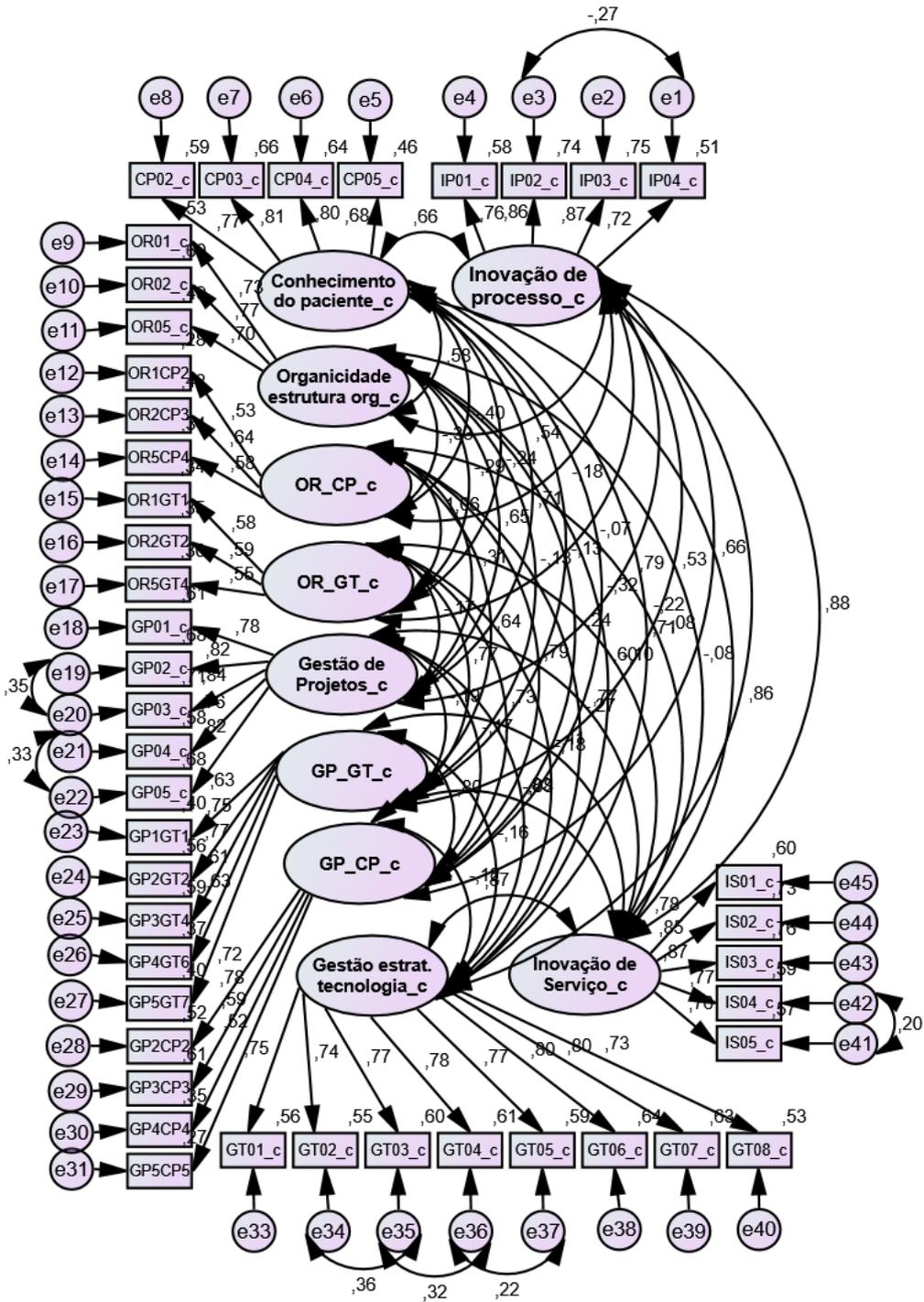
Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Figura 18 – Modelo estrutural de efeito direto e indireto



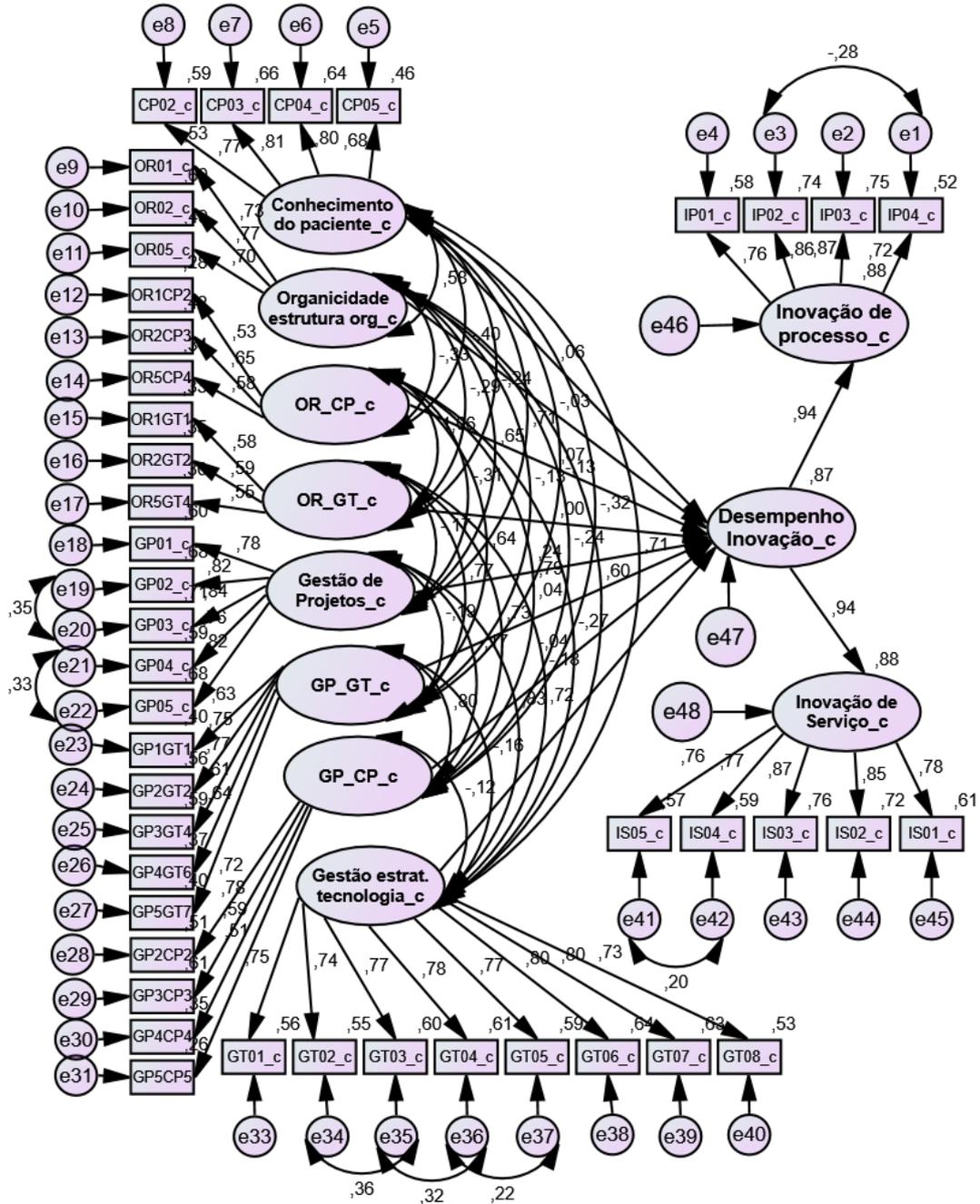
Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Figura 19 – Modelo fatorial de efeito moderador das relações entre os fatores



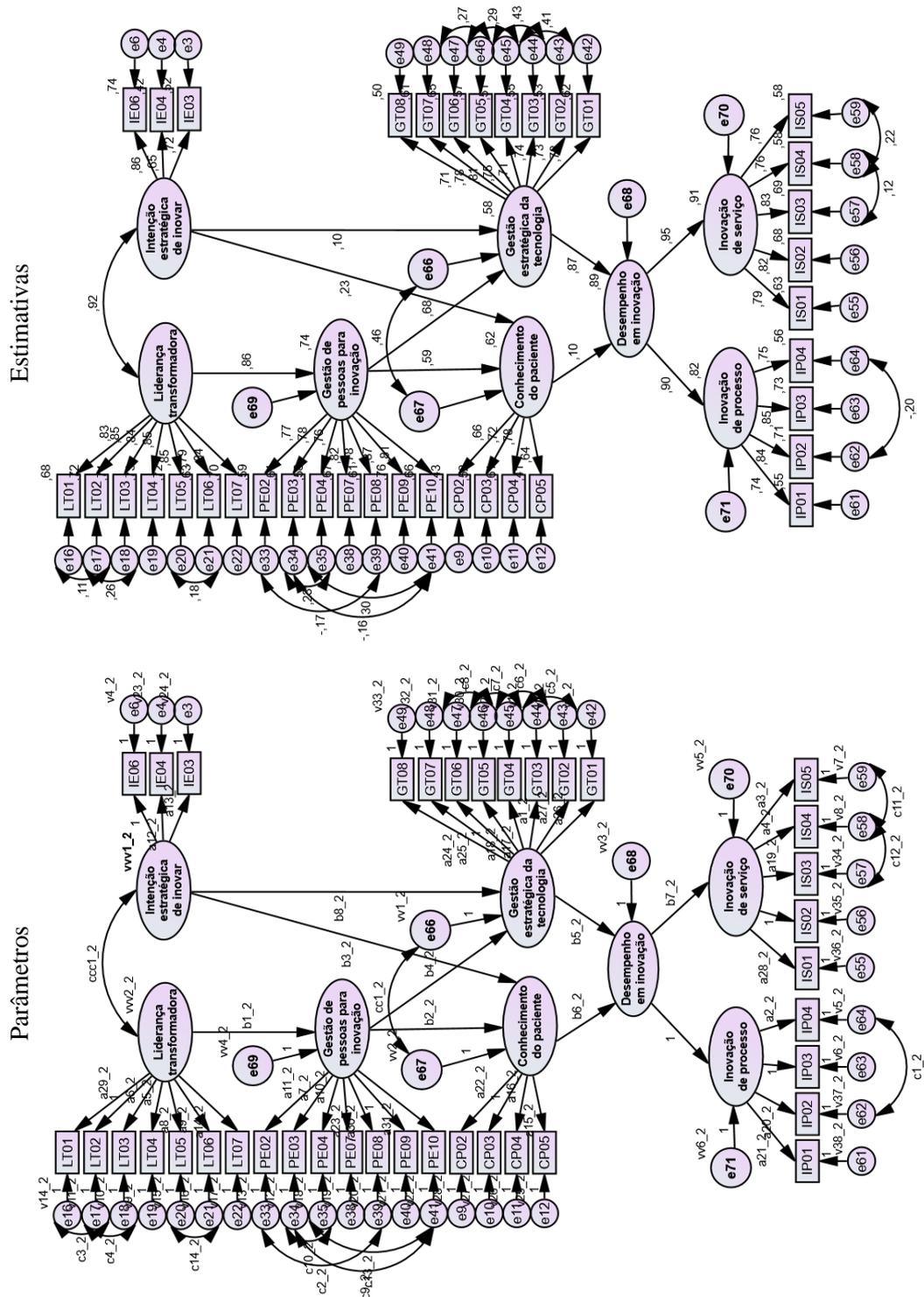
Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Figura 20 – Modelo estrutural de efeito moderador no desempenho em inovação



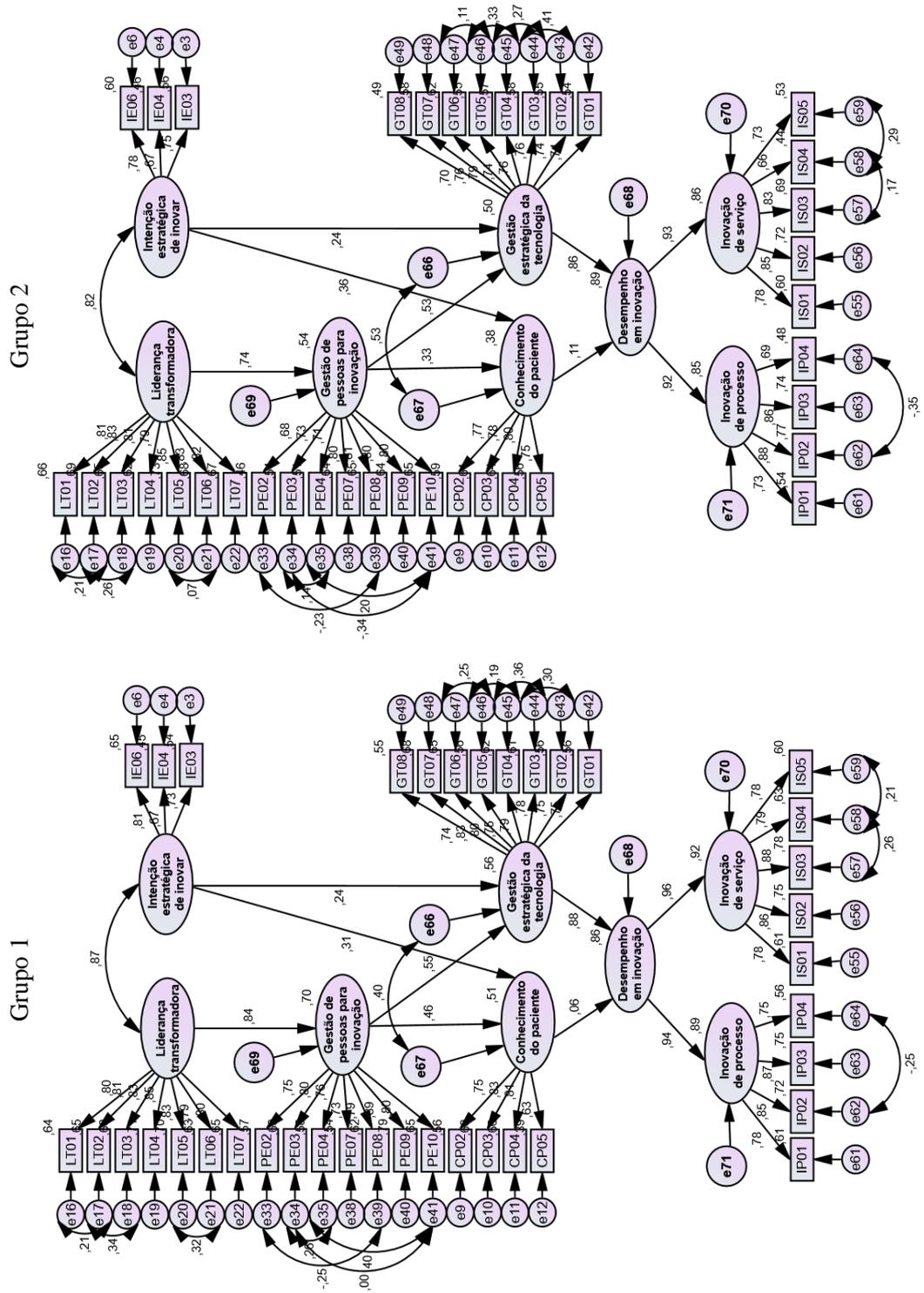
Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Figura 21 – Modelo estrutural e parâmetros das relações para o HGESF



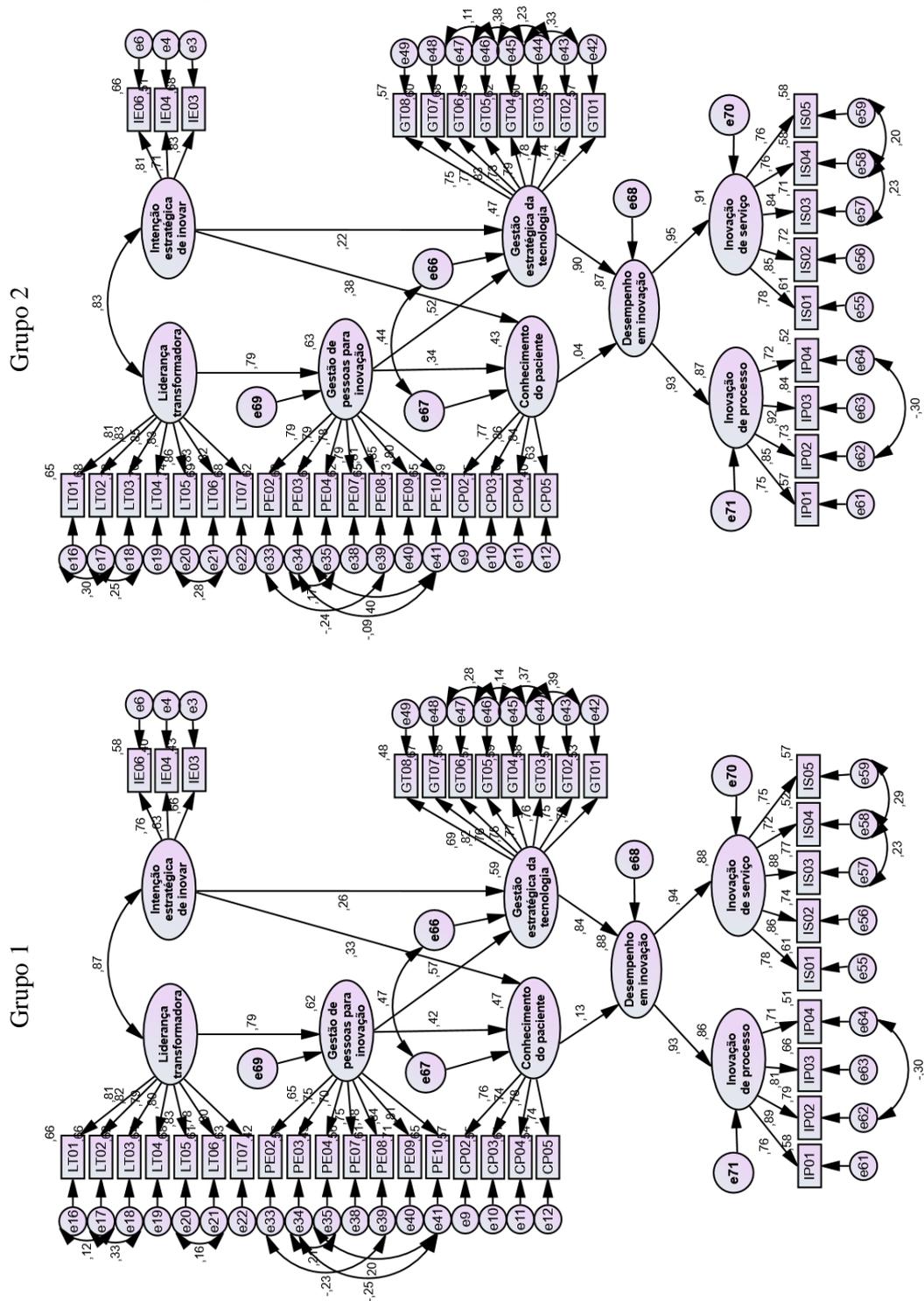
Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Figura 24 – Modelo estrutural para a amostra aleatória I



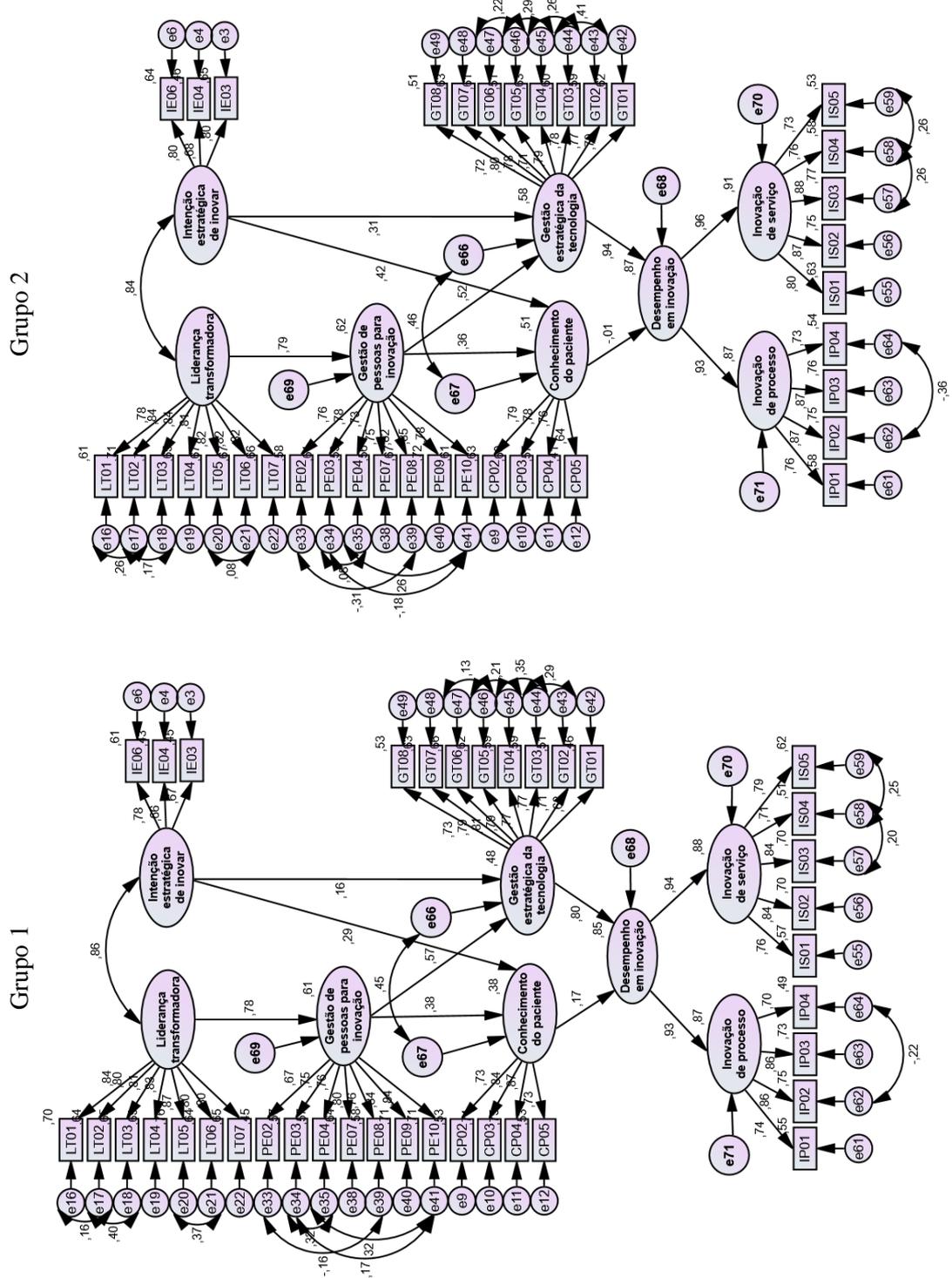
Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Figura 25 – Modelo estrutural para a amostra aleatória II



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Figura 26 – Modelo estrutural para a amostra aleatória III



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

APÊNDICE E – Dados Descritivos Tabulados

Tabela 24 - Tabulação cruzada: profissional de saúde, organização e tipo de contrato

ORGANIZAÇÃO PERTENCENTE			ÁREA DE ATUAÇÃO - PROFISSIONAL DE SAÚDE										Total			
			Biomédico	Enfermeiro	Médico	Psicólogo	Fisioterapeuta	Farmacêutico	Nutricionista	Odontólogo	Técnico de Enfermagem	Técnico de Radiologia		Outras profissões na área		
ICOM	CONTRATO	Carteira de trabalho (CLT)	Frequência	0	22	2	1	2	3	5	0	6	5	6	52	
			% por tipo de contrato	0%	42%	4%	2%	4%	6%	10%	0%	12%	10%	12%	100%	
			% na área	0%	56%	25%	50%	50%	38%	56%	0%	43%	50%	30%	43%	
		% do Total	0%	18%	2%	1%	2%	3%	4%	0%	5%	4%	5%	43%		
		Contrato Pessoa Jurídica (PJ)	Frequência	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
			% por tipo de contrato	0%	25%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	0%	0%	0%	100%
			% na área	0%	3%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	0%	0%	0%	3%
	% do Total	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	3%		
	Contrato de Trabalho Temporário	Frequência	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	
		% por tipo de contrato	0%	0%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	67%	100%	
		% na área	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	3%	
	% do Total	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	3%		
	Contrato de Trabalho P. Física	Frequência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
		% por tipo de contrato	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	
		% na área	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	1%	
	% do Total	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%		
	Servidor Estatutário	Frequência	3	15	3	1	2	5	4	1	7	5	10	10	56	
		% por tipo de contrato	5%	27%	5%	2%	4%	9%	7%	2%	13%	9%	18%	18%	100%	
		% na área	75%	38%	38%	50%	50%	63%	44%	50%	50%	50%	50%	50%	47%	
	% do Total	3%	13%	3%	1%	2%	4%	3%	1%	6%	4%	8%	47%	47%		
	Outro	Frequência	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4	
		% por tipo de contrato	25%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	0%	0%	25%	100%		
		% na área	25%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	5%	3%		
	% do Total	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	3%			
Total	Frequência	4	39	8	2	4	8	9	2	14	10	20	120			
	% por tipo de contrato	3%	33%	7%	2%	3%	7%	8%	2%	12%	8%	17%	100%			
	% na área	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
	% do Total	3%	33%	7%	2%	3%	7%	8%	2%	12%	8%	17%	100%			
	CONTRATO	Carteira de trabalho (CLT)	Frequência	0	38	8	0	17	1	1	0	2	0	0	67	
			% por tipo de contrato	0	57%	12%	0%	25%	1%	1%	0%	3%	0%	0%	100%	
			% na área	0	66%	23%	0%	68%	33%	25%	0%	100%	0%	0%	50%	
% do Total		0	28%	6%	0%	13%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	50%			
Contrato Pessoa Jurídica (PJ)		Frequência	0	1	14	0	0	0	0	0	0	0	0	15		
		% por tipo de contrato	0%	7%	93%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%		
		% na área	0%	2%	40%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	11%		
% do Total	0%	1%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	11%				
Contrato de Trabalho Temporário	Frequência	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3			
	% por tipo de contrato	0%	33%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33%	100%			
	% na área	0%	2%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	20%	2%			
% do Total	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	2%				
Contrato de Trabalho P. Física	Frequência	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3			
	% por tipo de contrato	0%	33%	0%	0%	33%	0%	0%	33%	0%	0%	0%	100%			
	% na área	0%	2%	0%	0%	4%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	2%			
% do Total	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	2%				
Servidor Estatutário	Frequência	0	17	6	0	7	2	3	0	0	0	3	38			
	% por tipo de contrato	0%	45%	16%	0%	18%	5%	8%	0%	0%	0%	8%	100%			
	% na área	0%	29%	17%	0%	28%	67%	75%	0%	0%	0%	60%	28%			
% do Total	0%	13%	4%	0%	5%	1%	2%	0%	0%	0%	2%	28%				
Outro	Frequência	0	0	6	0	0	0	0	1	0	0	1	8			
	% por tipo de contrato	0	0%	75%	0%	0%	0%	0%	13%	0%	0%	13%	100%			
	% na área	0	0%	17%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	20%	6%			
% do Total	0	0%	4%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	6%				
Total	Frequência	0	58	35	0	25	3	4	2	2	0	5	134			
	% por tipo de contrato	0%	43%	26%	0%	19%	2%	3%	1%	1%	0%	4%	100%			
	% na área	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%			
	% do Total	0%	43%	26%	0%	19%	2%	3%	1%	1%	0%	4%	100%			
	CONTRATO	Carteira de trabalho (CLT)	Frequência	0	39	3	5	10	1	0	1	19	1	26	105	
			% por tipo de contrato	0%	37%	3%	5%	10%	1%	0%	1%	18%	1%	25%	100%	
			% na área	0%	100%	15%	100%	100%	100%	0%	50%	100%	100%	93%	84%	
% do Total		0%	31%	2%	4%	8%	1%	0%	1%	15%	1%	21%	84%			
Contrato Pessoa Jurídica (PJ)		Frequência	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	2	7		
		% por tipo de contrato	0%	0%	57%	0%	0%	0%	0%	14%	0%	0%	29%	100%		
		% na área	0%	0%	20%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	7%	6%		
% do Total	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	2%	6%				
Contrato de Trabalho Temporário	Frequência	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	11			
	% por tipo de contrato	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%			
	% na área	0%	0%	55%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%			
% do Total	0%	0%	9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%				
Servidor Estatutário	Frequência	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2			
	% por tipo de contrato	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%			
	% na área	0%	0%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%			
% do Total	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%				
Total	Frequência	0	39	20	5	10	1	0	2	19	1	28	125			
	% por tipo de contrato	0%	31%	16%	4%	8%	1%	0%	2%	15%	1%	22%	100%			
	% na área	0%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%			
	% do Total	0%	31%	16%	4%	8%	1%	0%	2%	15%	1%	22%	100%			

ORGANIZAÇÃO PERTENCENTE			ÁREA DE ATUAÇÃO - PROFISSIONAL DE SAÚDE											Total
			Biomédico	Enfermeiro	Médico	Psicólogo	Fisioterapeuta	Farmacêutico	Nutricionista	Odontólogo	Técnico de Enfermagem	Técnico de Radiologia	Outras profissões na área	
AMOSTRA GERAL	CONTRATO	Frequência	0	99	13	6	29	5	6	1	27	6	32	224
		% por tipo de contrato	0%	44%	6%	3%	13%	2%	3%	0%	12%	3%	14%	100%
		% na área	0%	73%	21%	86%	74%	42%	46%	17%	77%	55%	60%	59%
	% do Total	0%	26%	3%	2%	8%	1%	2%	0%	7%	2%	8%	59%	
	Carteira de trabalho (CLT)	Frequência	0	2	20	0	0	0	0	1	1	0	2	26
		% por tipo de contrato	0%	8%	77%	0%	0%	0%	0%	4%	4%	0%	8%	100%
		% na área	0%	1%	32%	0%	0%	0%	0%	17%	3%	0%	4%	7%
	% do Total	0%	1%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	7%	
	Contrato de Pessoa Jurídica (PJ)	Frequência	0	1	13	0	0	0	0	0	0	0	3	17
		% por tipo de contrato	0%	6%	76%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	18%	100%
		% na área	0%	1%	21%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	4%
	% do Total	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	4%	
	Contrato de Trabalho Temporário	Frequência	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	4
		% por tipo de contrato	0%	25%	0%	0%	25%	0%	0%	25%	0%	0%	25%	100%
		% na área	0%	1%	0%	0%	3%	0%	0%	17%	0%	0%	2%	1%
	% do Total	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	
	Contrato de Trabalho P. Física	Frequência	3	32	11	1	9	7	7	1	7	5	13	96
		% por tipo de contrato	3%	33%	11%	1%	9%	7%	7%	1%	7%	5%	14%	100%
		% na área	75%	24%	17%	14%	23%	58%	54%	17%	20%	45%	25%	25%
	% do Total	1%	8%	3%	0%	2%	2%	2%	0%	2%	1%	3%	25%	
	Servidor Estatutário	Frequência	1	1	6	0	0	0	0	2	0	0	2	12
% por tipo de contrato		8%	8%	50%	0%	0%	0%	0%	17%	0%	0%	17%	100%	
% na área		25%	1%	10%	0%	0%	0%	0%	33%	0%	0%	4%	3%	
% do Total	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	3%		
Outro	Frequência	4	136	63	7	39	12	13	6	35	11	53	379	
	% por tipo de contrato	1%	36%	17%	2%	10%	3%	3%	2%	9%	3%	14%	100%	
	% na área	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
% do Total	1%	36%	17%	2%	10%	3%	3%	2%	9%	3%	14%	100%		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Tabela 25 – Tabulação cruzada: função administrativa, organização e tipo de contrato

ORGANIZAÇÃO PERTENCENTE				ÁREA DE ATUAÇÃO - FUNÇÃO ADMINISTRATIVA							Total		
				Administrador	Advogado	Analista de Informação	Assistente Social	Economista	Tecnólogo	Outras Profissões na área			
ICOM	CONTRATO	Carteira de trabalho (CLT)	Frequência	4	0	1	1	1	1	1	14	22	
			% por tipo de contrato	18%	0%	5%	5%	5%	5%	64%	100%		
			% na área	80%	0%	100%	100%	50%	50%	58%	63%		
		% do Total	11%	0%	3%	3%	3%	3%	40%	63%			
		Contrato Pessoa Jurídica (PJ)	Frequência	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			% por tipo de contrato	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	
			% na área	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	
		% do Total	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%		
		Contrato de Trabalho Temporário	Frequência	0	0	0	0	1	0	5	6	6	
			% por tipo de contrato	0%	0%	0%	0%	17%	0%	83%	100%		
			% na área	0%	0%	0%	0%	50%	0%	21%	17%		
		% do Total	0%	0%	0%	0%	3%	0%	14%	17%			
	Servidor Estatutário	Frequência	0	0	0	0	0	1	5	6	6		
		% por tipo de contrato	0%	0%	0%	0%	0%	17%	83%	100%			
% na área		0%	0%	0%	0%	0%	50%	21%	17%				
% do Total	0%	0%	0%	0%	0%	3%	14%	17%					
Total		Frequência	5	0	1	1	2	2	24	35			
		% por tipo de contrato	14%	0%	3%	3%	6%	6%	69%	100%			
		% na área	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%				
		% do Total	14%	0%	3%	3%	6%	6%	69%				
HGESF	CONTRATO	Carteira de trabalho (CLT)	Frequência	2	1	1	0	0	2	5	11		
			% por tipo de contrato	18%	9%	9%	0%	0%	18%	45%	100%		
			% na área	40%	50%	50%	0%	0%	50%	36%	39%		
		% do Total	7%	4%	4%	0%	0%	7%	18%	39%			
		Contrato de Trabalho Temporário	Frequência	2	0	0	0	0	0	4	6		
			% por tipo de contrato	33%	0%	0%	0%	0%	0%	67%	100%		
			% na área	40%	0%	0%	0%	0%	0%	29%	21%		
		% do Total	7%	0%	0%	0%	0%	0%	14%	21%			
		Servidor Estatutário	Frequência	0	1	0	0	0	2	4	7		
			% por tipo de contrato	0%	14%	0%	0%	0%	29%	57%	100%		
			% na área	0%	50%	0%	0%	0%	50%	29%	25%		
		% do Total	0%	4%	0%	0%	0%	7%	14%	25%			
	Outro	Frequência	1	0	1	0	1	0	1	4			
		% por tipo de contrato	25%	0%	25%	0%	25%	0%	25%	100%			
% na área		20%	0%	50%	0%	100%	0%	7%	14%				
% do Total	4%	0%	4%	0%	4%	0%	4%	14%					
Total		Frequência	5	2	2	0	1	4	14	28			
		% por tipo de contrato	18%	7%	7%	0%	4%	14%	50%	100%			
		% na área	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%				
		% do Total	18%	7%	7%	0%	4%	14%	50%				
OSID	CONTRATO	Carteira de trabalho (CLT)	Frequência	3	0	0	5	0	3	15	26		
			% por tipo de contrato	12%	0%	0%	19%	0%	12%	58%	100%		
			% na área	75%	0%	0%	100%	0%	100%	100%	96%		
		% do Total	11%	0%	0%	19%	0%	11%	56%	96%			
		Contrato Pessoa Jurídica (PJ)	Frequência	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
			% por tipo de contrato	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%		
	% na área		25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%			
	% do Total	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%				
	Total		Frequência	4	0	0	5	0	3	15	27		
			% por tipo de contrato	15%	0%	0%	19%	0%	11%	56%	100%		
		% na área	100%	0%	0%	100%	0%	100%	100%				
		% do Total	15%	0%	0%	19%	0%	11%	56%				
AMOSTRA GERAL	CONTRATO	Carteira de trabalho (CLT)	Frequência	9	1	2	6	1	6	34	59		
			% por tipo de contrato	15%	2%	3%	10%	2%	10%	58%	100%		
			% na área	64%	50%	67%	100%	33%	67%	64%	66%		
		% do Total	10%	1%	2%	7%	1%	7%	38%	66%			
		Contrato Pessoa Jurídica (PJ)	Frequência	2	0	0	0	0	0	0	2	2	
			% por tipo de contrato	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%		
			% na área	14%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%		
		% do Total	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%			
		Contrato de Trabalho Temporário	Frequência	2	0	0	0	1	0	9	12		
			% por tipo de contrato	17%	0%	0%	0%	8%	0%	75%	100%		
			% na área	14%	0%	0%	0%	33%	0%	17%	13%		
		% do Total	2%	0%	0%	0%	1%	0%	10%	13%			
	Servidor Estatutário	Frequência	0	1	0	0	0	3	9	13			
		% por tipo de contrato	0%	8%	0%	0%	0%	23%	69%	100%			
% na área		0%	50%	0%	0%	0%	33%	17%	14%				
% do Total	0%	1%	0%	0%	0%	3%	10%	14%					
Outro	Frequência	1	0	1	0	1	0	1	4				
	% por tipo de contrato	25%	0%	25%	0%	25%	0%	25%	100%				
	% na área	7%	0%	33%	0%	33%	0%	2%	4%				
% do Total	1%	0%	1%	0%	1%	0%	1%	4%					
Total		Frequência	14	2	3	6	3	9	53	90			
		% por tipo de contrato	16%	2%	3%	7%	3%	10%	59%	100%			
		% na área	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%				
		% do Total	16%	2%	3%	7%	3%	10%	59%				

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Tabela 26 – Tabulação cruzada: idade, organização pertencente e gênero

ORGANIZAÇÃO PERTENCENTE				IDADE						Total
				18 a 30	31 a 39	41 a 49	51 a 59	61 a 69	70 a 75	
ICOM	GÊNERO	Masculino	Frequência	5	15	14	4	1	0	39
			% por tipo de contrato	13%	38%	36%	10%	3%	0%	100%
			% na área	28%	26%	35%	14%	9%	0%	25%
			% do Total	3%	10%	9%	3%	1%	0%	25%
		Feminino	Frequência	13	42	24	22	7	0	108
			% por tipo de contrato	12%	39%	22%	20%	6%	0%	100%
			% na área	72%	72%	60%	79%	64%	0%	70%
			% do Total	8%	27%	15%	14%	5%	0%	70%
		Outros	Frequência	0	1	2	2	3	0	8
			% por tipo de contrato	0%	13%	25%	25%	38%	0%	100%
			% na área	0%	2%	5%	7%	27%	0%	5%
			% do Total	0%	1%	1%	1%	2%	0%	5%
	Total	Frequência	18	58	40	28	11	0	155	
% por tipo de contrato		12%	37%	26%	18%	7%	0%	100%		
% na área		100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%		
% do Total		12%	37%	26%	18%	7%	0%	100%		
HGESF	GÊNERO	Masculino	Frequência	12	23	10	2	1	0	48
			% por tipo de contrato	25%	48%	21%	4%	2%	0%	100%
			% na área	48%	31%	25%	12%	17%	0%	30%
			% do Total	7%	14%	6%	1%	1%	0%	30%
		Feminino	Frequência	13	51	30	14	5	0	113
			% por tipo de contrato	12%	45%	27%	12%	4%	0%	100%
			% na área	52%	69%	75%	82%	83%	0%	70%
			% do Total	8%	31%	19%	9%	3%	0%	70%
		Outros	Frequência	0	0	0	1	0	0	1
			% por tipo de contrato	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
			% na área	0%	0%	0%	6%	0%	0%	1%
			% do Total	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%
	Total	Frequência	25	74	40	17	6	0	162	
% por tipo de contrato		15%	46%	25%	10%	4%	0%	100%		
% na área		100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%		
% do Total		15%	46%	25%	10%	4%	0%	100%		
OSID	GÊNERO	Masculino	Frequência	11	16	7	4	1	0	39
			% por tipo de contrato	28%	41%	18%	10%	3%	0%	100%
			% na área	24%	23%	33%	33%	33%	0%	26%
			% do Total	7%	11%	5%	3%	1%	0%	26%
		Feminino	Frequência	34	54	13	7	1	1	110
			% por tipo de contrato	31%	49%	12%	6%	1%	1%	100%
			% na área	76%	77%	62%	58%	33%	100%	72%
			% do Total	22%	36%	9%	5%	1%	1%	72%
		Outros	Frequência	0	0	1	1	1	0	3
			% por tipo de contrato	0%	0%	33%	33%	33%	0%	100%
			% na área	0%	0%	5%	8%	33%	0%	2%
			% do Total	0%	0%	1%	1%	1%	0%	2%
	Total	Frequência	45	70	21	12	3	1	152	
% por tipo de contrato		30%	46%	14%	8%	2%	1%	100%		
% na área		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
% do Total		30%	46%	14%	8%	2%	1%	100%		
AMOSTRA GERAL	GÊNERO	Masculino	Frequência	28	54	31	10	3	0	126
			% por tipo de contrato	22%	43%	25%	8%	2%	0%	100%
			% na área	32%	27%	31%	18%	15%	0%	27%
			% do Total	6%	12%	7%	2%	1%	0%	27%
		Feminino	Frequência	60	147	67	43	13	1	331
			% por tipo de contrato	18%	44%	20%	13%	4%	0%	100%
			% na área	68%	73%	66%	75%	65%	100%	71%
			% do Total	13%	31%	14%	9%	3%	0%	71%
		Outros	Frequência	0	1	3	4	4	0	12
			% por tipo de contrato	0%	8%	25%	33%	33%	0%	100%
			% na área	0%	0%	3%	7%	20%	0%	3%
			% do Total	0%	0%	1%	1%	1%	0%	3%
	Total	Frequência	88	202	101	57	20	1	469	
% por tipo de contrato		19%	43%	22%	12%	4%	0%	100%		
% na área		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
% do Total		19%	43%	22%	12%	4%	0%	100%		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Tabela 27 – Tabulação cruzada: grau de instrução, organização pertencente e gênero

ORGANIZAÇÃO PERTENCENTE				GRAU DE INSTRUÇÃO							Total
				1º Grau	2º Grau	Graduação	Especialização /Residência	MBA Executivo	Mestrado	Doutorado	
ICOM	GÊNERO	Masculino	Frequência	1	5	18	11	2	1	1	39
			% por tipo de contrato	3%	13%	46%	28%	5%	3%	3%	100%
			% na área	100%	21%	29%	22%	20%	17%	50%	25%
	% do Total	1%	3%	12%	7%	1%	1%	1%	25%		
	Feminino	Frequência	0	18	42	36	7	5	0	108	
		% por tipo de contrato	0%	17%	39%	33%	6%	5%	0%	100%	
		% na área	0%	75%	67%	73%	70%	83%	0%	70%	
	% do Total	0%	12%	27%	23%	5%	3%	0%	70%		
	Outros	Frequência	0	1	3	2	1	0	1	8	
		% por tipo de contrato	0%	13%	38%	25%	13%	0%	13%	100%	
% na área		0%	4%	5%	4%	10%	0%	50%	5%		
% do Total	0%	1%	2%	1%	1%	0%	1%	5%			
Total	Frequência	1	24	63	49	10	6	2	155		
	% por tipo de contrato	1%	15%	41%	32%	6%	4%	1%	100%		
	% na área	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
	% do Total	1%	15%	41%	32%	6%	4%	1%	100%		
HGESF	GÊNERO	Masculino	Frequência	0	3	13	28	1	2	1	48
			% por tipo de contrato	0%	6%	27%	58%	2%	4%	2%	100%
			% na área	0%	33%	28%	28%	50%	67%	100%	30%
	% do Total	0%	2%	8%	17%	1%	1%	1%	30%		
	Feminino	Frequência	0	6	33	72	1	1	0	113	
		% por tipo de contrato	0%	5%	29%	64%	1%	1%	0%	100%	
		% na área	0%	67%	72%	71%	50%	33%	0%	70%	
	% do Total	0%	4%	20%	44%	1%	1%	0%	70%		
	Outros	Frequência	0	0	0	1	0	0	0	1	
		% por tipo de contrato	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	
% na área		0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%		
% do Total	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%			
Total	Frequência	0	9	46	101	2	3	1	162		
	% por tipo de contrato	0%	6%	28%	62%	1%	2%	1%	100%		
	% na área	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
	% do Total	0%	6%	28%	62%	1%	2%	1%	100%		
OSID	GÊNERO	Masculino	Frequência	0	6	9	21	1	1	1	39
			% por tipo de contrato	0%	15%	23%	54%	3%	3%	3%	100%
			% na área	0%	27%	26%	24%	20%	33%	100%	26%
	% do Total	0%	4%	6%	14%	1%	1%	1%	26%		
	Feminino	Frequência	0	16	24	65	3	2	0	110	
		% por tipo de contrato	0%	15%	22%	59%	3%	2%	0%	100%	
		% na área	0%	73%	69%	76%	60%	67%	0%	72%	
	% do Total	0%	11%	16%	43%	2%	1%	0%	72%		
	Outros	Frequência	0	0	2	0	1	0	0	3	
		% por tipo de contrato	0%	0%	67%	0%	33%	0%	0%	100%	
% na área		0%	0%	6%	0%	20%	0%	0%	2%		
% do Total	0%	0%	1%	0%	1%	0%	0%	2%			
Total	Frequência	0	22	35	86	5	3	1	152		
	% por tipo de contrato	0%	14%	23%	57%	3%	2%	1%	100%		
	% na área	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
	% do Total	0%	14%	23%	57%	3%	2%	1%	100%		
AMOSTRA GERAL	GÊNERO	Masculino	Frequência	1	14	40	60	4	4	3	126
			% por tipo de contrato	1%	11%	32%	48%	3%	3%	2%	100%
			% na área	100%	25%	28%	25%	24%	33%	75%	27%
	% do Total	0%	3%	9%	13%	1%	1%	1%	27%		
	Feminino	Frequência	0	40	99	173	11	8	0	331	
		% por tipo de contrato	0%	12%	30%	52%	3%	2%	0%	100%	
		% na área	0%	73%	69%	73%	65%	67%	0%	71%	
	% do Total	0%	9%	21%	37%	2%	2%	0%	71%		
	Outros	Frequência	0	1	5	3	2	0	1	12	
		% por tipo de contrato	0%	8%	42%	25%	17%	0%	8%	100%	
% na área		0%	2%	3%	1%	12%	0%	25%	3%		
% do Total	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	3%			
Total	Frequência	1	55	144	236	17	12	4	469		
	% por tipo de contrato	0%	12%	31%	50%	4%	3%	1%	100%		
	% na área	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
	% do Total	0%	12%	31%	50%	4%	3%	1%	100%		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Tabela 28 – Tabulação cruzada dos respondentes e medidas estatísticas

FATORES DETERMINANTES	ITENS MEDIDOS	ESCALA LIKERT					MEDIDAS ESTATÍSTICAS							
		1	2	3	4	5	Total	Média	Desv-Padrão	Mediana	Moda	Assimetria	Curtose	
Conhecimento do paciente (CP)	1 CP01	Frequência	10	31	66	177	185	469	4,06	,995	4,22	5	-1,043	0,640
	% por item medido	2,1%	6,6%	14,1%	37,7%	39,4%	100%							
	2 CP02	Frequência	19	37	128	149	136	469	3,74	1,085	3,83	4	-0,604	-0,224
	% por item medido	4,1%	7,9%	27,3%	31,8%	29,0%	100%							
	3 CP03	Frequência	17	46	112	145	149	469	3,77	1,108	3,90	5	-0,625	-0,373
	% por item medido	3,6%	9,8%	23,9%	30,9%	31,8%	100%							
	4 CP04	Frequência	20	42	104	162	141	469	3,77	1,102	3,91	4	-0,712	-0,156
	% por item medido	4,3%	9,0%	22,2%	34,5%	30,1%	100%							
5 CP05	Frequência	56	72	154	107	80	469	3,18	1,230	3,23	3	-0,175	-0,819	
% por item medido	11,9%	15,4%	32,8%	22,8%	17,1%	100%								
6 CP06	Frequência	27	61	127	117	137	469	3,59	1,198	3,68	5	-0,431	-0,746	
% por item medido	5,8%	13,0%	27,1%	24,9%	29,2%	100%								
7 CP07	Frequência	21	46	106	142	154	469	3,77	1,140	3,92	5	-0,673	-0,355	
% por item medido	4,5%	9,8%	22,6%	30,3%	32,8%	100%								
8 CP08	Frequência	43	55	114	104	153	469	3,57	1,298	3,73	5	-0,507	-0,830	
% por item medido	9,2%	11,7%	24,3%	22,2%	32,6%	100%								
Gestão de projetos	9 GP01	Frequência	35	59	148	139	88	469	3,40	3,46	3,46	3	-0,367	-0,544
	% por item medido	7,5%	12,6%	31,6%	29,6%	18,8%	100%							
	10 GP02	Frequência	20	61	136	162	90	469	3,51	3,57	3,57	4	-0,406	-0,448
	% por item medido	4,3%	13,0%	29,0%	34,5%	19,2%	100%							
	11 GP03	Frequência	22	48	132	180	87	469	3,56	3,63	3,63	4	-0,548	-0,151
% por item medido	4,7%	10,2%	28,1%	38,4%	18,6%	100%								
12 GP04	Frequência	35	54	142	149	89	469	3,43	3,51	3,51	4	-0,438	-0,467	
% por item medido	7,5%	11,5%	30,3%	31,8%	19,0%	100%								
13 GP05	Frequência	26	47	152	142	102	469	3,53	3,58	3,58	3	-0,426	-0,381	
% por item medido	5,5%	10,0%	32,4%	30,3%	21,7%	100%								
Gestão estratégica da tecnologia (GT)	14 GT01	Frequência	20	70	137	147	95	469	3,48	1,101	3,54	4	-0,321	-0,631
	% por item medido	4,3%	14,9%	29,2%	31,3%	20,3%	100%							
	15 GT02	Frequência	25	68	122	163	91	469	3,48	1,118	3,56	4	-0,429	-0,554
	% por item medido	5,3%	14,5%	26,0%	34,8%	19,4%	100%							
	16 GT03	Frequência	43	64	160	118	84	469	3,29	1,179	3,34	3	-0,256	-0,657
	% por item medido	9,2%	13,6%	34,1%	25,2%	17,9%	100%							
	17 GT04	Frequência	40	65	148	135	81	469	3,32	1,165	3,39	3	-0,319	-0,624
	% por item medido	8,5%	13,9%	31,6%	28,8%	17,3%	100%							
18 GT05	Frequência	26	69	145	146	83	469	3,41	1,107	3,46	4	-0,315	-0,567	
% por item medido	5,5%	14,7%	30,9%	31,1%	17,7%	100%								
19 GT06	Frequência	50	67	152	110	90	469	3,26	1,227	3,32	3	-0,232	-0,792	
% por item medido	10,7%	14,3%	32,4%	23,5%	19,2%	100%								
20 GT07	Frequência	26	71	109	153	110	469	3,53	1,165	3,63	4	-0,451	-0,680	
% por item medido	5,5%	15,1%	23,2%	32,6%	23,5%	100%								
21 GT08	Frequência	41	59	170	113	86	469	3,31	1,166	3,35	3	-0,251	-0,595	
% por item medido	8,7%	12,6%	36,2%	24,1%	18,3%	100%								
Intenção Estratégica de Inovar (IE)	22 IE01	Frequência	36	54	79	170	130	469	3,65	1,215	3,84	4	-0,722	-0,418
	% por item medido	7,7%	11,5%	16,8%	36,2%	27,7%	100%							
	23 IE02	Frequência	13	49	46	224	137	469	3,90	1,025	4,08	4	-1,011	0,499
	% por item medido	2,8%	10,4%	9,8%	47,8%	29,2%	100%							
	24 IE03	Frequência	15	36	63	186	169	469	3,98	1,045	4,15	4	-1,037	0,560
	% por item medido	3,2%	7,7%	13,4%	39,7%	36,0%	100%							
	25 IE04	Frequência	29	41	70	159	170	469	3,85	1,183	4,09	5	-0,934	0,005
	% por item medido	6,2%	8,7%	14,9%	33,9%	36,2%	100%							
26 IE05	Frequência	15	42	70	192	150	469	3,90	1,052	4,07	4	-0,918	0,277	
% por item medido	3,2%	9,0%	14,9%	40,9%	32,0%	100%								
27 IE06	Frequência	39	56	76	165	133	469	3,63	1,241	3,84	4	-0,705	-0,508	
% por item medido	8,3%	11,9%	16,2%	35,2%	28,4%	100%								
28 IE07	Frequência	28	44	60	175	162	469	3,85	1,169	4,09	4	-0,965	0,086	
% por item medido	6,0%	9,4%	12,8%	37,3%	34,5%	100%								
Liderança transformadora (LT)	29 LT01	Frequência	48	68	66	144	143	469	3,57	1,328	3,81	4	-0,599	-0,854
	% por item medido	10,2%	14,5%	14,1%	30,7%	30,5%	100%							
	30 LT02	Frequência	40	68	56	134	171	469	3,70	1,321	4,02	5	-0,707	-0,748
	% por item medido	8,5%	14,5%	11,9%	28,6%	36,5%	100%							
	31 LT03	Frequência	26	53	68	133	189	469	3,87	1,218	4,13	5	-0,859	-0,320
	% por item medido	5,5%	11,3%	14,5%	28,4%	40,3%	100%							
	32 LT04	Frequência	20	40	80	155	174	469	3,90	1,122	4,10	5	-0,899	0,047
% por item medido	4,3%	8,5%	17,1%	33,0%	37,1%	100%								
33 LT05	Frequência	40	61	71	154	143	469	3,64	1,271	3,87	4	-0,680	-0,632	
% por item medido	8,5%	13,0%	15,1%	32,8%	30,5%	100%								
34 LT06	Frequência	26	60	66	157	160	469	3,78	1,203	4,03	5	-0,780	-0,402	
% por item medido	5,5%	12,8%	14,1%	33,5%	34,1%	100%								
35 LT07	Frequência	32	67	107	147	116	469	3,53	1,201	3,65	4	-0,481	-0,694	
% por item medido	7%	14%	23%	31%	25%	100%								
Organicidade da estrutura organizacional (OR)	36 OR01	Frequência	45	91	84	142	107	469	3,37	1,287	3,50	4	-0,348	-1,031
	% por item medido	9,6%	19,4%	17,9%	30,3%	22,8%	100%							
	37 OR02	Frequência	31	55	50	164	169	469	3,82	1,226	4,10	5	-0,906	-0,221
	% por item medido	6,6%	11,7%	10,7%	35,0%	36,0%	100%							
	38 OR03	Frequência	48	86	128	140	67	469	3,20	1,195	3,27	4	-0,240	-0,830
	% por item medido	7,9%	17,8%	30,9%	29,6%	13,8%	100%							
	39 OR04	Frequência	39	89	132	150	59	469	3,22	1,141	3,29	4	-0,256	-0,734
	% por item medido	5,9%	18,4%	27,6%	34,9%	13,2%	100%							
	40 OR05	Frequência	41	80	70	146	132	469	3,53	1,297	3,73	4	-0,515	-0,918
% por item medido	8,7%	17,1%	14,9%	31,1%	28,1%	100%								
41 OR06	Frequência	31	87	109	142	100	469	3,41	1,200	3,49	4	-0,320	-0,877	
% por item medido	6,6%	18,6%	23,2%	30,3%	21,3%	100%								
42 OR07	Frequência	35	78	101	165	90	469	3,42	1,188	3,53	4	-0,435	-0,735	
% por item medido	7,5%	16,6%	21,5%	35,2%	19,2%	100%								
43 OR08	Frequência	22	40	56	141	210	469	4,02	1,155	4,26	5	-1,104	-0,319	
% por item medido	4,7%	8,5%	11,9%	30,1%	44,8%	100%								
44 OR09	Frequência	67	70	61	137	134	469	3,43	1,406	3,68	4	-0,481	-1,104	
% por item medido	14,3%	14,9%	13,0%	29,2%	28,6%	100%								
Gestão de pessoas para inovação (PE)	45 PE01	Frequência	37	42	57	116	217	469	3,93	1,285	4,24	5	-1,014	-0,144
	% por item medido	7,9%	9,0%	12,2%	24,7%	46,3%	100%							
	46 PE02	Frequência	29	57	94	159	130	469	3,65	1,183	3,80	4	-0,637	-0,478
	% por item medido	6,2%	12,2%	20,0%	33,9%	27,7%	100%							
	47 PE03	Frequência	64	80	132	122	71	469	3,12	1,253	3,19	3	-0,181	-0,934
	% por item medido	13,6%	17,1%	28,1%	26,0%	15,1%	100%							
	48 PE04	Frequência	113	92	93	115	56	469	2,81	1,360	2,82	4	0,063	-1,264
	% por item medido	24,1%	19,6%	19,8%	24,5%	11,9%	100%							
	49 PE05	Frequência	80	82	64	133	110	469	3,24	1,424	3,41	4	-0,289	-1,280
	% por item medido	17,1%	17,5%	13,6%	28,4%	23,5%	100%							
50 PE06	Frequência	34	57	70	171	137	469	3,68	1,217	3,90	4	-0,750	-0,412	
% por item medido	7,2%	12,2%	14,9%	36,5%	29,2%	100%								
51 PE07	Frequência	70	72	111	145	71	469	3,16	1,282	3,29	4	-0,295	-0,983	
% por item medido	14,9%	15,4%	23,7%	30,9%	15,1%	100%								
52 PE08	Frequência	113	77	101	106	72	469	2,89	1,400	2,93	1	0,010	-1,284	
% por item medido	24,													

FATORES RESULTANTES	ITENS MEDIDOS		ESCALA LIKERT					MEDIDAS ESTATÍSTICAS							
			1	2	3	4	5	Total	Média	Desv-Padrão	Mediana	Moda	Assimetria	Curtose	
Inovação de processo (IP)	55	IP01	Frequência	26	56	154	138	95	469	3,47	1,108	3,52	3	-0,352	-0,484
			% por item medido	5,5%	11,9%	32,8%	29,4%	20,3%	100%						
	56	IP02	Frequência	42	70	171	123	63	469	3,20	1,126	3,25	3	-0,216	-0,542
			% por item medido	9,0%	14,9%	36,5%	26,2%	13,4%	100%						
	57	IP03	Frequência	37	77	148	135	72	469	3,27	1,145	3,33	3	-0,248	-0,662
% por item medido			7,9%	16,4%	31,6%	28,8%	15,4%	100%							
58	IP04	Frequência	16	49	122	168	114	469	3,67	1,060	3,75	4	-0,537	-0,307	
		% por item medido	3,4%	10,4%	26,0%	35,8%	24,3%	100%							
59	IP05	Frequência	23	54	107	168	117	469	3,64	1,120	3,76	4	-0,601	-0,362	
		% por item medido	4,9%	11,5%	22,8%	35,8%	24,9%	100%							
Inovação de serviço (IS)	60	IS01	Frequência	26	56	152	151	84	469	3,45	1,086	3,50	3	-0,383	-0,392
			% por item medido	5,5%	11,9%	32,4%	32,2%	17,9%	100%						
	61	IS02	Frequência	35	66	154	136	78	469	3,33	1,134	3,39	3	-0,300	-0,566
			% por item medido	7,5%	14,1%	32,8%	29,0%	16,6%	100%						
	62	IS03	Frequência	42	87	164	123	53	469	3,12	1,116	3,16	3	-0,144	-0,616
			% por item medido	9,0%	18,6%	35,0%	26,2%	11,3%	100%						
	63	IS04	Frequência	33	62	147	147	80	469	3,38	1,125	3,45	3	-0,367	-0,508
% por item medido			7,0%	13,2%	31,3%	31,3%	17,1%	100%							
64	IS05	Frequência	54	69	137	133	76	469	3,23	1,220	3,32	3	-0,292	-0,789	
		% por item medido	11,5%	14,7%	29,2%	28,4%	16,2%	100%							
65	IS06	Frequência	57	49	125	129	109	469	3,39	1,283	3,52	4	-0,446	-0,780	
		% por item medido	12,2%	10,4%	26,7%	27,5%	23,2%	100%							

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

APÊNDICE F – Resultados das Análises Fatoriais

Tabela 29 – Resultados das avaliações dos pesos fatoriais para eliminação dos itens

FATORES DETERMINANTES	AVALIAÇÃO 1		AVALIAÇÃO 2		AVALIAÇÃO 3		AVALIAÇÃO 3	
	Item	Pesos	Item	Pesos	Item	Pesos	Item	Pesos
Conhecimento do paciente (CP)	CP01	0,644	-	-	-	-	-	-
	CP02	0,778	CP02	0,77	CP02	0,766	CP02	0,767
	CP03	0,738	CP03	0,787	CP03	0,804	CP03	0,804
	CP04	0,754	CP04	0,793	CP04	0,806	CP04	0,806
	CP05	0,686	CP05	0,703	CP05	0,686	CP05	0,686
	CP06	0,695	CP06*	0,599	-	-	-	-
	CP07*	0,642	-	-	-	-	-	-
	CP08*	0,658	-	-	-	-	-	-
Gestão de projetos	GP01	0,755	GP01	0,755	GP01	0,764	GP01	0,784
	GP02	0,851	GP02	0,852	GP02	0,864	GP02	0,821
	GP03	0,876	GP03	0,878	GP03	0,885	GP03	0,844
	GP04	0,787	GP04	0,787	GP04	0,753	GP04	0,758
	GP05	0,841	GP05	0,840	GP05	0,813	GP05	0,817
Gestão estratégica da tecnologia (GT)	GT01	0,737	GT01	0,736	GT01	0,736	GT01	0,744
	GT02	0,768	GT02	0,768	GT02	0,745	GT02	0,744
	GT03	0,818	GT03	0,817	GT03	0,798	GT03	0,774
	GT04	0,810	GT04	0,810	GT04	0,807	GT04	0,778
	GT05	0,784	GT05	0,784	GT05	0,785	GT05	0,75
	GT06	0,788	GT06	0,789	GT06	0,797	GT06	0,794
	GT07	0,787	GT07	0,787	GT07	0,790	GT07	0,795
	GT08	0,713	GT08	0,712	GT08	0,721	GT08	0,730
Intenção estratégica de inovar (IE)	IE01*	0,595	-	-	-	-	-	-
	IE02*	0,537	-	-	-	-	-	-
	IE03	0,743	IE03	0,739	IE03	0,74	IE03	0,737
	IE04	0,707	IE04	0,732	IE04	0,731	IE04	0,684
	IE05	0,701	IE05	0,716	IE05	0,715	IE05**	0,667
	IE06	0,760	IE06	0,762	IE06	0,763	IE06	0,779
	IE07*	0,641	-	-	-	-	-	-
Liderança transformadora (LT)	LT01	0,809	LT01	0,808	LT01	0,808	LT01	0,795
	LT02	0,843	LT02	0,844	LT02	0,844	LT02	0,817
	LT03	0,834	LT03	0,834	LT03	0,834	LT03	0,816
	LT04	0,820	LT04	0,819	LT04	0,819	LT04	0,825
	LT05	0,856	LT05	0,856	LT05	0,856	LT05	0,860
	LT06	0,819	LT06	0,819	LT06	0,819	LT06	0,827
	LT07	0,800	LT07	0,800	LT07	0,800	LT07	0,810
Organicidade da estrutura organizacional (OR)	OR01	0,690	OR01	0,709	OR01	0,709	OR01	0,708
	OR02	0,715	OR02	0,743	OR02	0,743	OR02	0,743
	OR03*	0,668	-	-	-	-	OR03	-
	OR04*	0,667	-	-	-	-	OR04	-
	OR05	0,747	OR05	0,746	OR05	0,746	OR05	0,747
	OR07*	0,365	-	-	-	-	OR07	-
Gestão de pessoas para inovação (PE)	PE01*	0,505	-	-	-	-	-	-
	PE02	0,716	PE02	0,701	PE02	0,701	PE02	0,733
	PE03	0,770	PE03	0,768	PE03	0,768	PE03	0,758
	PE04	0,776	PE04	0,784	PE04	0,784	PE04	0,730
	PE05*	0,542	-	-	-	-	-	-
	PE06*	0,536	-	-	-	-	-	-
	PE07	0,770	PE07	0,769	PE07	0,769	PE07	0,765
	PE08	0,773	PE08	0,781	PE08	0,781	PE08	0,798
	PE09	0,835	PE09	0,840	PE09	0,840	PE09	0,844
	PE10	0,802	PE10	0,813	PE10	0,813	PE10	0,789
FATORES RESULTANTES	AVALIAÇÃO 1		AVALIAÇÃO 2		AVALIAÇÃO 3		AVALIAÇÃO 3	
Inovação de processo (IP)	Item	Pesos	Item	Pesos	Item	Pesos	Item	Pesos
	IP01	0,744	IP01	0,746	IP01	0,762	IP01	0,762
	IP02	0,820	IP02	0,821	IP02	0,842	IP02	0,86
	IP03	0,855	IP03	0,855	IP03	0,872	IP03	0,868
	IP04	0,731	IP04	0,729	IP04	0,691	IP04	0,718
Inovação de serviço (IS)	IP05	0,685	IP05	0,684	IP05**	0,636	IP05	-
	IS01	0,778	IS01	0,773	IS01	0,773	IS01	0,773
	IS02	0,843	IS02	0,844	IS02	0,844	IS02	0,844
	IS03	0,866	IS03	0,869	IS03	0,869	IS03	0,869
	IS04	0,783	IS04	0,783	IS04	0,783	IS04	0,783
	IS05	0,776	IS05	0,776	IS05	0,776	IS05	0,776
IS06*	0,540	-	-	-	-	-	-	

(*) Nota: itens eliminados antes da qualidade de ajustamento do modelo.

(**) Nota: itens eliminados durante os ajustes na qualidade do modelo.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Tabela 30 – Resultados dos valores calculados de CF, CR e AVE

FATORES DETERMINANTES	PESOS ESTANDARDIZADOS			VALORES CALCULADOS		
	nº	Item	Pesos	CF	CR	AVE
Conhecimento do paciente (CP)	1	CP02	0,767	0,588	0,851	0,589
	2	CP03	0,804	0,646		
	3	CP04	0,806	0,650		
	4	CP05	0,686	0,471		
Gestão de projetos	5	GP01	0,784	0,615	0,902	0,649
	6	GP02	0,821	0,674		
	7	GP03	0,844	0,712		
	8	GP04	0,758	0,575		
	9	GP05	0,817	0,667		
Gestão estratégica da tecnologia (GT)	10	GT01	0,744	0,554	0,918	0,584
	11	GT02	0,744	0,554		
	12	GT03	0,774	0,599		
	13	GT04	0,778	0,605		
	14	GT05	0,75	0,563		
	15	GT06	0,794	0,630		
	16	GT07	0,795	0,632		
	17	GT08	0,730	0,533		
Intenção estratégica de inovar (IE)	18	IE03	0,737	0,543	0,778	0,539
	19	IE04	0,684	0,468		
	20	IE06	0,779	0,607		
Liderança transformadora (LT)	21	LT01	0,795	0,632	0,936	0,675
	22	LT02	0,817	0,667		
	23	LT03	0,816	0,666		
	24	LT04	0,825	0,681		
	25	LT05	0,860	0,740		
	26	LT06	0,827	0,684		
	27	LT07	0,810	0,656		
Organicidade da estrutura organizacional (OR)	28	OR01	0,708	0,501	0,777	0,537
	29	OR02	0,743	0,552		
	30	OR05	0,747	0,558		
Gestão de pessoas para inovação (PE)	31	PE02	0,733	0,537	0,913	0,600
	32	PE03	0,758	0,575		
	33	PE04	0,730	0,533		
	34	PE07	0,765	0,585		
	35	PE08	0,798	0,637		
	36	PE09	0,844	0,712		
	37	PE10	0,789	0,623		
FATORES RESULTANTES	PESOS ESTANDARDIZADOS			VALORES CALCULADOS		
	nº	Item	Pesos	CF	CR	AVE
Inovação de processo (IP)	38	IP01	0,762	0,581	0,879	0,647
	39	IP02	0,86	0,740		
	40	IP03	0,868	0,753		
	41	IP04	0,718	0,516		
Inovação de serviço (IS)	42	IS01	0,773	0,598	0,905	0,656
	43	IS02	0,844	0,712		
	44	IS03	0,869	0,755		
	45	IS04	0,783	0,613		
	46	IS05	0,776	0,602		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Tabela 31 – Correlações e raiz quadrada das correlações entre os fatores

FATORES DETERMINANTES E RESULTANTES	CORRELAÇÕES							
	CP	GP	GT	IE	LT	OR	PE	IP
Conhecimento do paciente (CP)	-							
Gestão de projetos (GP)	0,708	-						
Gestão estratégica da tecnologia (GT)	0,718	0,831	-					
Intenção estratégica de inovar (IE)	0,642	0,736	0,660	-				
Liderança transformadora (LT)	0,556	0,606	0,556	0,838	-			
Organicidade da estrutura organizacional (OR)	0,578	0,653	0,603	0,745	0,828	-		
Gestão de pessoas para inovação (PE)	0,627	0,764	0,711	0,733	0,785	0,780	-	
Inovação de processo (IP)	0,659	0,790	0,863	0,620	0,515	0,545	0,672	-
Inovação de serviço (IS)	0,663	0,775	0,877	0,636	0,519	0,534	0,651	0,883

FATORES DETERMINANTES E RESULTANTES	SIC - RAIZ QUADRADA DAS CORRELAÇÕES							
	IE	LT	OR	GP	CP	GT	GP	IP
Conhecimento do paciente (CP)	-							
Gestão de projetos (GP)	0,501	-						
Gestão estratégica da tecnologia (GT)	0,516	0,691	-					
Intenção estratégica de inovar (IE)	0,412	0,542	0,436	-				
Liderança transformadora (LT)	0,309	0,367	0,309	0,702	-			
Organicidade da estrutura organizacional (OR)	0,334	0,426	0,364	0,555	0,686	-		
Gestão de pessoas para inovação (PE)	0,393	0,584	0,506	0,537	0,616	0,608	-	
Inovação de processo (IP)	0,434	0,624	0,745	0,384	0,265	0,297	0,452	-
Inovação de serviço (IS)	0,440	0,601	0,769	0,404	0,269	0,285	0,424	0,780

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Tabela 32 – Resultados do teste da diferença do X² livre e restrito

CORRELAÇÃO DOS FATORES	Livre		Restrito		Diferença		Significância estatística P < 0,05
	X ²	gl	X ²	gl	X ²	gl	
Conhecimento do paciente	1915,03	939					
Gestão de projetos			2006,33	940	91,30	1	0,000
Gestão estratégica da tecnologia			2016,57	940	101,54	1	0,000
Intenção estratégica de inovar			1966,77	940	51,74	1	0,000
Liderança transformadora			1948,68	940	33,65	1	0,000
Organicidade da estrutura organizacional			1947,25	940	32,22	1	0,000
Gestão de pessoas para inovação			1972,58	940	57,55	1	0,000
Inovação de processo			1985,73	940	70,70	1	0,000
Inovação de serviço			1986,44	940	71,41	1	0,000
Gestão de projetos	1915,03	939					
Conhecimento do paciente			2006,33	940	91,30	1	0,000
Gestão estratégica da tecnologia			2062,12	940	147,09	1	0,000
Intenção estratégica de inovar			2041,63	940	126,60	1	0,000
Liderança transformadora			2355,63	940	440,60	1	0,000
Organicidade da estrutura organizacional			2091,45	940	176,42	1	0,000
Gestão de pessoas para inovação			2164,31	940	249,28	1	0,000
Inovação de processo			2106,32	940	191,29	1	0,000
Inovação de serviço			2126,72	940	211,69	1	0,000
Gestão estratégica da tecnologia	1915,03	939					
Conhecimento do paciente			2016,57	940	101,54	1	0,000
Gestão de projetos			2062,12	940	147,09	1	0,000
Intenção estratégica de inovar			2095,20	940	180,17	1	0,000
Liderança transformadora			2856,45	940	941,42	1	0,000
Organicidade da estrutura organizacional			2128,56	940	213,53	1	0,000
Gestão de pessoas para inovação			2433,06	940	518,03	1	0,000
Inovação de processo			2059,21	940	144,18	1	0,000
Inovação de serviço			2044,31	940	129,28	1	0,000
Intenção estratégica de inovar	1915,03	939					
Conhecimento do paciente			1966,77	940	51,74	1	0,000
Gestão de projetos			2041,63	940	126,60	1	0,000
Gestão estratégica da tecnologia			2095,20	940	180,17	1	0,000
Liderança transformadora			1988,41	940	73,38	1	0,000
Organicidade da estrutura organizacional			2001,69	940	86,66	1	0,000
Gestão de pessoas para inovação			2053,43	940	138,40	1	0,000
Inovação de processo			2119,13	940	204,10	1	0,000
Inovação de serviço			2108,13	940	193,10	1	0,000
Liderança transformadora	1915,03	939					
Conhecimento do paciente			1948,68	940	33,65	1	0,000
Gestão de projetos			2355,63	940	440,60	1	0,000
Gestão estratégica da tecnologia			2856,45	940	941,42	1	0,000
Intenção estratégica de inovar			1988,41	940	73,38	1	0,000
Organicidade da estrutura organizacional			1993,27	940	78,24	1	0,000
Gestão de pessoas para inovação			2351,36	940	436,33	1	0,000
Inovação de processo			2520,96	940	605,93	1	0,000
Inovação de serviço			2662,74	940	747,71	1	0,000
Organicidade da estrutura organizacional	1915,03	939					
Conhecimento do paciente			1947,25	940	32,22	1	0,000
Gestão de projetos			2091,45	940	176,42	1	0,000
Gestão estratégica da tecnologia			2128,56	940	213,53	1	0,000
Intenção estratégica de inovar			2001,69	940	86,66	1	0,000
Liderança transformadora			1993,27	940	78,24	1	0,000
Gestão de pessoas para inovação			2021,25	940	106,22	1	0,000
Inovação de processo			2158,23	940	243,20	1	0,000
Inovação de serviço			2163,56	940	248,53	1	0,000
Gestão de pessoas para inovação	1915,03	939					
Conhecimento do paciente			1972,58	940	57,55	1	0,000
Gestão de projetos			2164,31	940	249,28	1	0,000
Gestão estratégica da tecnologia			2433,06	940	518,03	1	0,000
Intenção estratégica de inovar			2053,43	940	138,40	1	0,000
Liderança transformadora			2351,36	940	436,33	1	0,000
Organicidade da estrutura organizacional			2021,25	940	106,22	1	0,000
Inovação de processo			2352,51	940	437,48	1	0,000
Inovação de serviço			2453,10	940	538,07	1	0,000
Inovação de processo	1915,03	939					
Conhecimento do paciente			1985,73	940	70,70	1	0,000
Gestão de projetos			2106,32	940	191,29	1	0,000
Gestão estratégica da tecnologia			2059,21	940	144,18	1	0,000
Intenção estratégica de inovar			2119,13	940	204,10	1	0,000
Liderança transformadora			2520,96	940	605,93	1	0,000
Organicidade da estrutura organizacional			2158,23	940	243,20	1	0,000
Gestão de pessoas para inovação			2352,51	940	437,48	1	0,000
Inovação de serviço			2021,42	940	106,39	1	0,000
Inovação de serviço	1915,03	939					
Conhecimento do paciente			1986,44	940	71,41	1	0,000
Gestão de projetos			2126,72	940	211,69	1	0,000
Gestão estratégica da tecnologia			2044,31	940	129,28	1	0,000
Intenção estratégica de inovar			2108,13	940	193,10	1	0,000
Liderança transformadora			2662,74	940	747,71	1	0,000
Organicidade da estrutura organizacional			2163,56	940	248,53	1	0,000
Gestão de pessoas para inovação			2453,10	940	538,07	1	0,000
Inovação de processo			2021,42	940	106,39	1	0,000

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Tabela 33 – Resultados dos índices de qualidade do ajuste dos grupos na AMI

Categorias	Índices de ajustes	Modelos					Nível de aceitação
		ICOM-HGESF-OSID	Amostra Geral ICOM-HGESF-OSID	Amostra I Grupo I e II	Amostra II Grupo I e II	Amostra III Grupo I e II	
Medidas Absolutas	Qui-quadrado (X^2)	3213,75	4550,08	2232,29	2273,30	2256,81	-
	Graus de liberdade	1920	2560	1280	1280	1280	> 1
	P-value	0	0	0	0	0	> 0,01
	Qui-quadrado normalizado - X^2/df	1,674	1,777	1,744	1,776	1,763	entre 0 e 3
	Raiz do erro quadrático médio aproximado - RMSEA	0,038	0,029	0,040	0,041	0,040	< 0,08
	Índice da qualidade de ajuste - GFI	0,744	0,801	0,803	0,802	0,801	> 0,9
	Índice de ajuste comparativo - CFI	0,904	0,926	0,931	0,928	0,929	> 0,9
Medidas Incrementais	Índice de ajuste Tucker-Lewis - TLI	0,894	0,919	0,924	0,921	0,922	> 0,9
	Índice de ajuste normalizado - NFI	0,794	0,847	0,852	0,85	0,851	> 0,9
	Índice de adequação ajustado - AGFI	0,704	0,770	0,772	0,771	0,770	> 0,6
Medidas de Parcimônia	Índice de parcimônia comparativo - PCFI	0,823	0,843	0,847	0,845	0,846	> 0,6
	Índice de parcimônia normalizado - PNFI	0,723	0,771	0,776	0,774	0,775	> 0,6
	Índice de validação cruzada esperada - ECVI	8,197	5,737	5,645	5,733	5,698	Quanto menor, melhor
Índices de validação cruzada esperada modificada - MECVI	8,633	5,976	5,820	5,907	5,871		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Tabela 34 – Valores de Z (*critical ratio*) comparativo 2 a 2 das relações estruturais

HGESF	ICOM								
	ccc1_1	b1_1	b2_1	b3_1	b4_1	b5_1	b6_1	b7_1	b8_1
ccc1_2	-0,757	-3,470	1,371	1,569	1,327	-1,239	2,212	-3,258	0,401
b1_2	-0,430	-3,267	1,845	1,923	1,833	-0,933	2,721	-3,038	0,741
b2_2	-3,049	-5,835	-1,082	-0,320	-1,271	-3,549	-0,175	-5,948	-1,642
b3_2	-0,441	-2,731	1,344	1,562	1,296	-0,847	2,045	-2,432	0,535
b4_2	0,481	-2,054	2,555	2,523	2,565	0,034	3,320	-1,672	1,470
b5_2	2,308	-0,505	4,846	4,206	5,021	1,816	5,659	0,120	3,196
b6_2	-4,615	-7,634	-2,663	-1,429	-2,994	-5,161	-1,635	-8,134	-2,923
b7_2	3,288	0,401	6,023	5,047	6,297	2,786	6,836	1,186	4,085
b8_2	-1,347	-3,690	0,420	0,799	0,336	-1,764	1,149	-3,476	-0,287
OSID	ICOM								
	ccc1_1	b1_1	b2_1	b3_1	b4_1	b5_1	b6_1	b7_1	b8_1
ccc1_3	-0,757	-3,470	1,371	1,569	1,327	-1,239	2,212	-3,258	0,401
b1_3	-0,430	-3,267	1,845	1,923	1,833	-0,933	2,721	-3,038	0,741
b2_3	-3,049	-5,835	-1,082	-0,320	-1,271	-3,549	-0,175	-5,948	-1,642
b3_3	-0,441	-2,731	1,344	1,562	1,296	-0,847	2,045	-2,432	0,535
b4_3	0,481	-2,054	2,555	2,523	2,565	0,034	3,320	-1,672	1,470
b5_3	2,308	-0,505	4,846	4,206	5,021	1,816	5,659	0,120	3,196
b6_3	-4,615	-7,634	-2,663	-1,429	-2,994	-5,161	-1,635	-8,134	-2,923
b7_3	3,288	0,401	6,023	5,047	6,297	2,786	6,836	1,186	4,085
b8_3	-1,347	-3,690	0,420	0,799	0,336	-1,764	1,149	-3,476	-0,287
OSID	HGESF								
	ccc1_2	b1_2	b2_2	b3_2	b4_2	b5_2	b6_2	b7_2	b8_2
ccc1_3	-0,757	-3,470	1,371	1,569	1,327	-1,239	2,212	-3,258	0,401
b1_3	-0,430	-3,267	1,845	1,923	1,833	-0,933	2,721	-3,038	0,741
b2_3	-3,049	-5,835	-1,082	-0,320	-1,271	-3,549	-0,175	-5,948	-1,642
b3_3	-0,441	-2,731	1,344	1,562	1,296	-0,847	2,045	-2,432	0,535
b4_3	0,481	-2,054	2,555	2,523	2,565	0,034	3,320	-1,672	1,470
b5_3	2,308	-0,505	4,846	4,206	5,021	1,816	5,659	0,120	3,196
b6_3	-4,615	-7,634	-2,663	-1,429	-2,994	-5,161	-1,635	-8,134	-2,923
b7_3	3,288	0,401	6,023	5,047	6,297	2,786	6,836	1,186	4,085
b8_3	-1,347	-3,690	0,420	0,799	0,336	-1,764	1,149	-3,476	-0,287

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

APÊNDICE G – Roteiro de Entrevista

Esta entrevista semiestruturada integra a segunda fase de pesquisa da tese de doutorado de Leone Coelho Bagagi abordando os fatores determinantes e resultantes da capacidade de inovação em serviços de saúde nos modelos de gestão do tipo Administração Pública Direta (APD), Organização Social de Saúde (OSS) e Parceria Público-Privada (PPP), atuando na rede/regulação da Bahia.

Assim, para o desenvolvimento dessa fase, é de grande contribuição conhecer o que você pensa sobre os fatores que determinam a capacidade de inovar, a partir das práticas de gestão, nesse hospital de referência.

_____ (Nome do entrevistado),
autoriza o uso destes dados para esta finalidade.

(Assinatura)

Local da entrevista (Hospital/Sala): _____

Data: _____ Início: _____ h Término: _____ h

Nº da entrevista: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Nome (iniciais): _____

2. Idade:

<input type="radio"/> 18 a 30	<input type="radio"/> 31 a 39	<input type="radio"/> 40 a 49	<input type="radio"/> 50 a 59	<input type="radio"/> 60 a 69	<input type="radio"/> 70 a 75
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

3. Cargo: _____

4. Área de formação/maior titulação: _____

II. QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

ROTEIRO DA ENTREVISTA	
TEMÁTICA	INDAGAÇÕES PRINCIPAIS
FOCO DA INVESTIGAÇÃO (DIMENSÕES)	QUESTÃO DO ROTEIRO
PERGUNTA-FILTRO	<p>1. Quais os principais desafios enfrentados pelo setor de saúde na Bahia e seus reflexos nesse hospital de referência?</p> <p><u>APROFUNDAMENTO:</u></p> <p>a. E como esses desafios impactam ou criam situações específicas neste hospital? (TRIANGULAÇÃO): existem documentos (registros) para consulta e outras pessoas que possam contribuir ou corroborar com sua resposta?</p>
CONTEXTO ONTOLÓGICO	<p>2. Em sua opinião, quais recursos (financeiros, tecnológicos, ações, articulações, parcerias e outros) esse hospital dispõe e, que podem ser articulados, para a busca de alternativas ou soluções para enfrentar esses desafios do setor de saúde?</p>
CONDIÇÕES INTERVENIENTES	<p>3. De que forma este hospital vem fazendo melhorias e modificações nos processos e na rede de serviços de saúde e, que, por sua vez, possa impactar no setor de saúde?</p> <p>a. <i>Quais fatores influenciam positivamente ou negativamente na capacidade de inovação deste hospital?</i></p>
1º Bloco: Comportamento dos gestores	<p>4. Quais ações gerenciais são empreendidas pelos gestores de alto escalão da SESAB e desse hospital na busca de soluções e alternativas para enfrentar esses desafios que impactam no funcionamento do hospital?</p> <p><u>APROFUNDAMENTOS:</u></p> <p>a. <i>Essas ações resultaram ou resultam em que tipo de mudanças neste hospital?</i></p> <p>b. <i>Como essas ações e mudanças resolveram os problemas do hospital?</i></p> <p>(TRIANGULAÇÃO): existem registros para consulta e outras pessoas que possam contribuir corroborar com sua resposta?</p> <p>5. Na pesquisa quantitativa realizada em setembro e outubro neste hospital, os colaboradores destacaram que a Liderança transformadora, Gestão de Pessoas para Inovação, Intenção Estratégica de Inovar e a Gestão Estratégica de Tecnologia (Equipamentos, Máquinas e Tecnologia da Informação) são fatores que mais contribuem para inovação no hospital. Como você explicaria essa compreensão dos colaboradores, a partir de sua visão estratégica de gestor desse hospital?</p> <p><u>APROFUNDAMENTO:</u></p> <p>a. <i>Além desses fatores quais recursos são alavancados, combinados e estruturados para potencializar essa capacidade de buscar e criar mudanças, soluções e inovações para o hospital?</i></p> <p>(TRIANGULAÇÃO): existem registros para consulta e outras pessoas que possam contribuir corroborar com sua resposta?</p>
2º Bloco: Processo de inovação	<p>6. Como essas ações gerenciais, fatores e os recursos são organizados ou sistematizados em atividades ou processos nesse hospital?</p> <p><u>APROFUNDAMENTO:</u></p> <p>a. <i>Quais processos: (políticas, sistemas, grupos de trabalho, ações ou atividades) foram implementados para processar essas ações, fatores e recursos que resultaram e resultam em mudanças inovadoras neste hospital?</i></p> <p>b. <i>Como se gerencia um projeto de mudanças, soluções e inovações no hospital?</i></p> <p>c. <i>Existe neste hospital algum setor que trate especificamente da pesquisa e da inovação?</i></p> <p>d. <i>Como se dá o processo de incorporação de novas tecnologias nesse hospital?</i></p> <p>e. <i>Quais desses processos (políticas, sistemas, grupos de trabalho, ações ou atividades) se tornam contínuos no hospital?</i></p> <p>f. <i>O que contribuiu para a consolidação desses processos?</i></p> <p>g. <i>Este hospital é acreditado? Se sim, por qual organização e em qual nível?</i></p> <p>h. <i>Você identifica alguma relação entre capacidade de inovar com o modelo de gestão desse hospital? Em caso positivo, qual?</i></p> <p>(TRIANGULAÇÃO): existem registros para consulta e outras pessoas que possam contribuir corroborar com sua resposta?</p>
3º Bloco: Resultados de Inovação	<p>7. Esses processos resultaram em quais mudanças, soluções e inovações nesse hospital?</p> <p><u>APROFUNDAMENTOS:</u></p>

	<p>a. De quem partiu essas sugestões de mudanças (podem ser pessoas, categorias profissionais, setores, SESAB ou sociedade)?</p> <p>b. Como essas mudanças, soluções e inovações impactaram no hospital (BUSCAR ESPECIFICAR)?</p> <p>c. Além do impacto no hospital, como impactam na rede de serviços de saúde (BUSCAR ESPECIFICAR)?</p> <p>(TRIANGULAÇÃO): existem registros para consulta e outras pessoas que possam contribuir corroborar com sua resposta?</p>
4º Bloco: Outras contribuições	8. CONTRIBUIÇÕES: Gostaria de acrescentar outras contribuições à essa pesquisa?

Obrigado!

APÊNDICE H – Termo de Confidencialidade

Eu, LEONE COELHO BAGAGI, brasileiro, casado, servidor público, inscrito no CPF 031.515.354-70, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter a confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa abordando a capacidade de inovação em serviços de saúde nos modelos de gestão do tipo Administração Pública Direta (APD), Organização Social de Saúde (OSS) e Parceria Público-Privada (PPP), atuando na rede/regulação da Bahia, a que tiver acesso nas dependências dos aparelhos hospitalares e de serviços das diversas cidades, da UNIVASF e UFBA.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia de documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não me apropriar, para mim ou para outrem, de material confidencial e/ou sigiloso de tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meio intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste termo, as seguintes expressões serão assim definidas: Informação Confidencial significará toda informação revelada, através da apresentação de tecnologia, a respeito de, ou, associada com a avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos e intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação de tecnologia.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa, por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

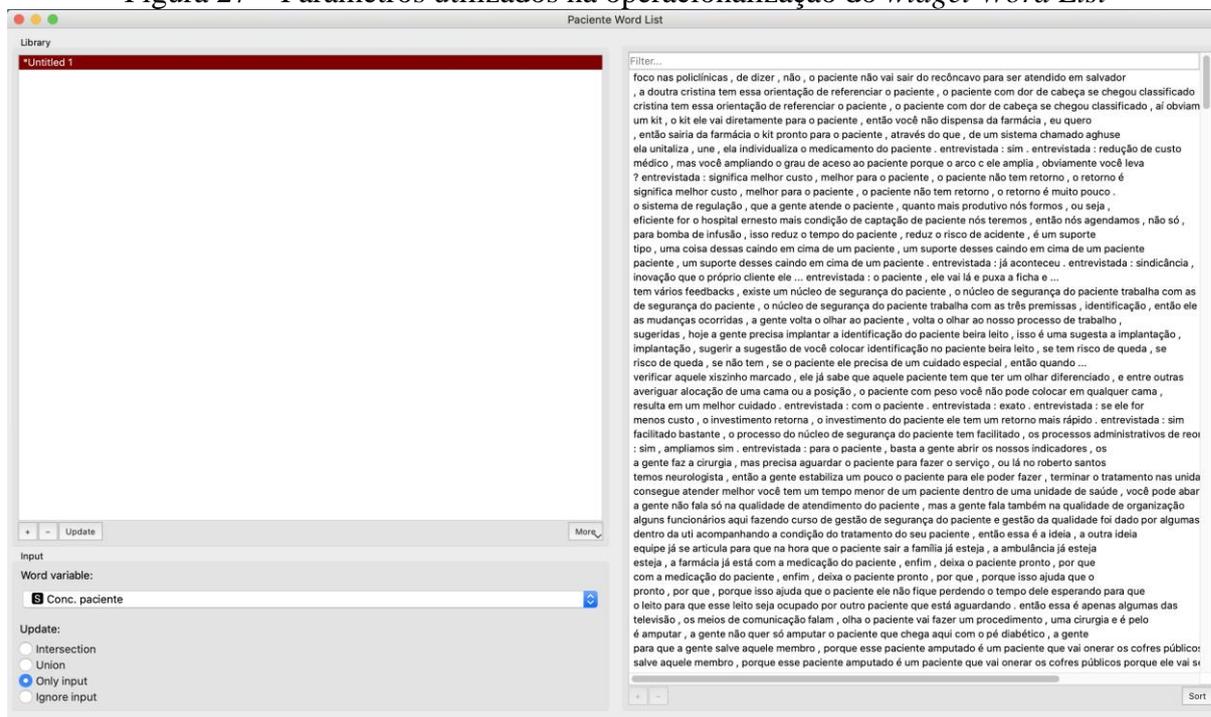
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Salvador-BA, 29 de maio de 2019

Leone Coelho Bagagi – Pesquisador/a responsável

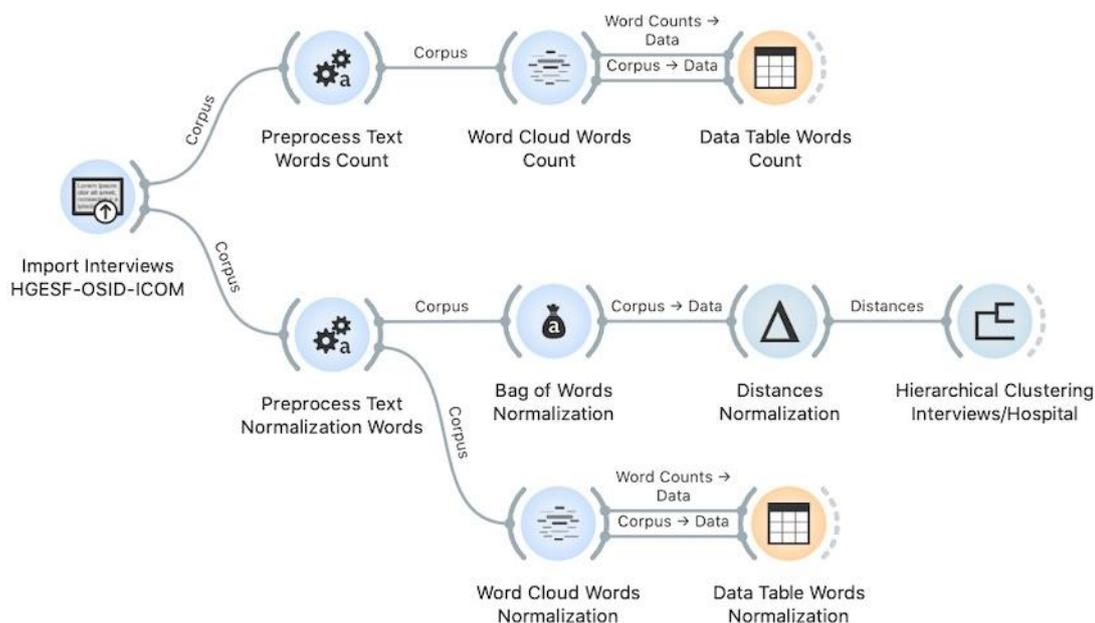
APÊNDICE I – Ilustrações da Operacionalização do Orange

Figura 27 – Parâmetros utilizados na operacionalização do widget *Word List*



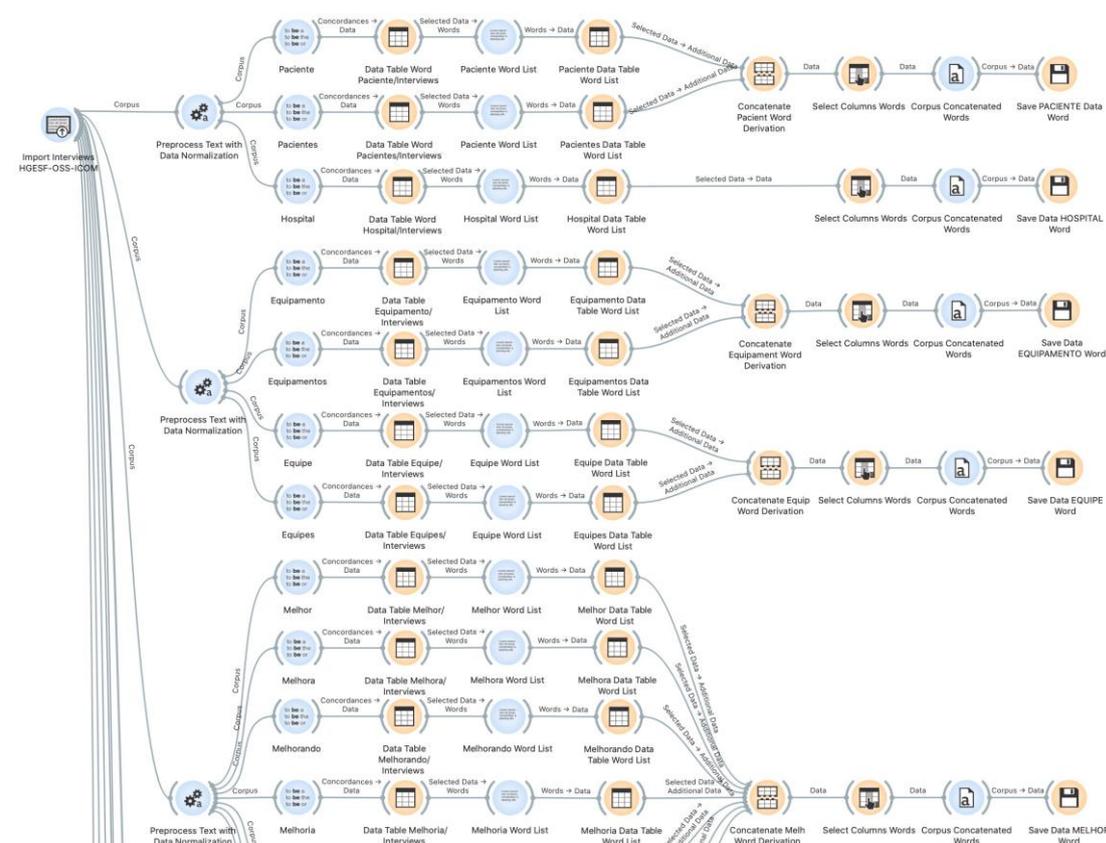
Fonte: Dados da pesquisa qualitativa com apoio do sistema *Orange* (2021).

Figura 28 – *Workflow* da análise de agrupamento das entrevistas



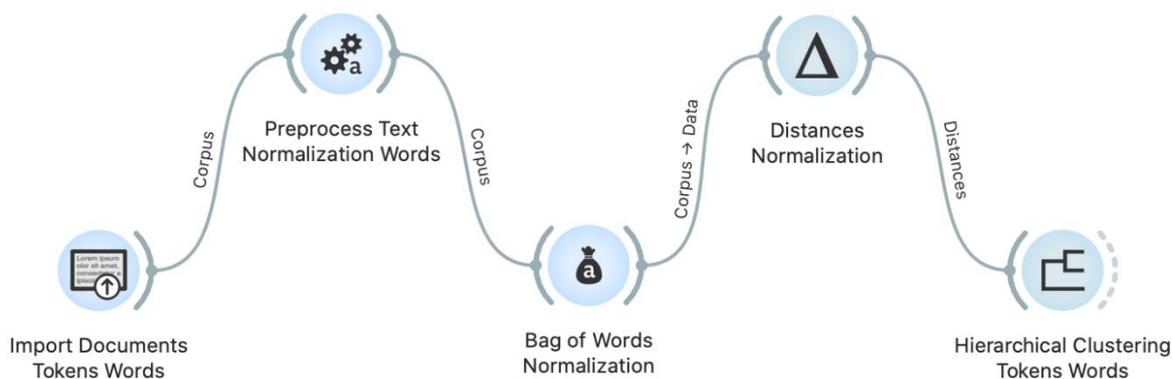
Fonte: Dados da pesquisa qualitativa com apoio do sistema *Orange* (2021).

Figura 29 – *Workflow* para geração dos arquivos por *token* de palavra relevante



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

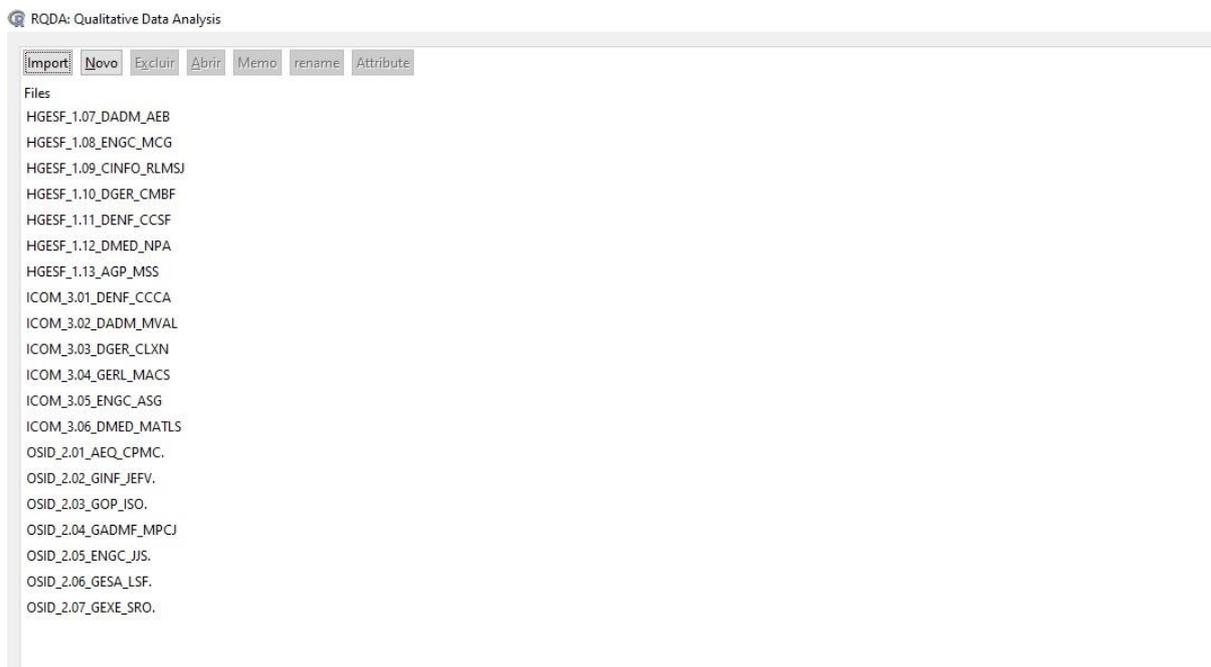
Figura 30 – *Workflow* da análise de agrupamento dos *tokens* de palavras (documentos)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

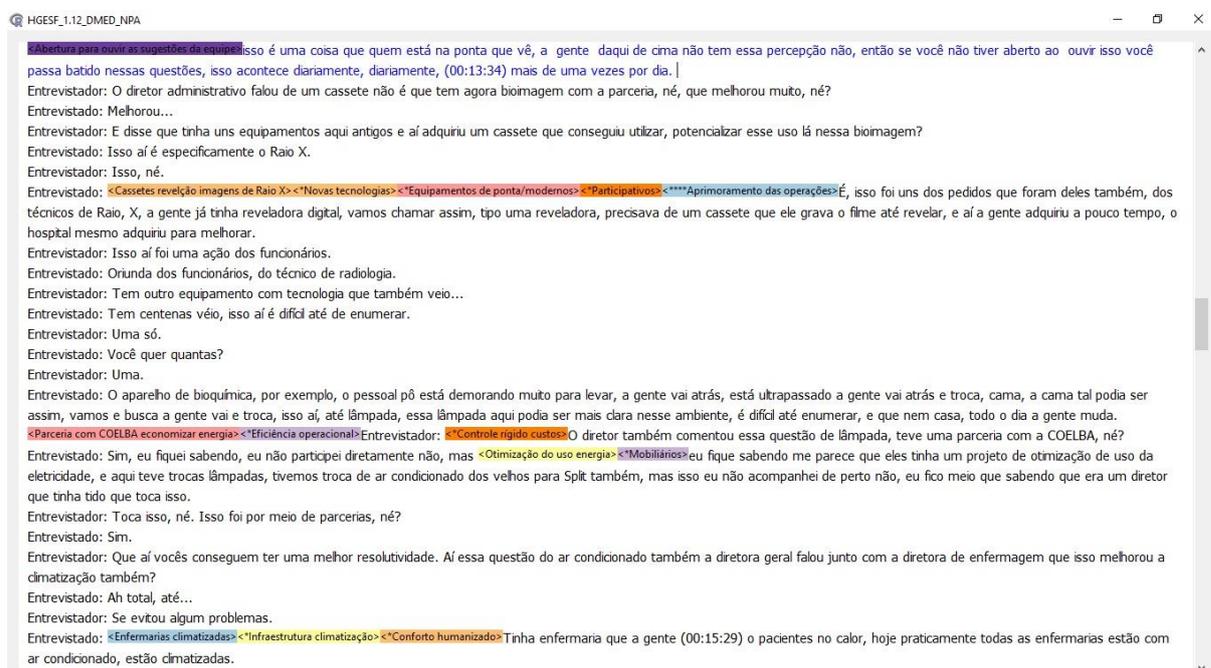
APÊNDICE J – Ilustrações da Operacionalização do RQDA

Figura 31 – Entrevistas importadas para RQDA



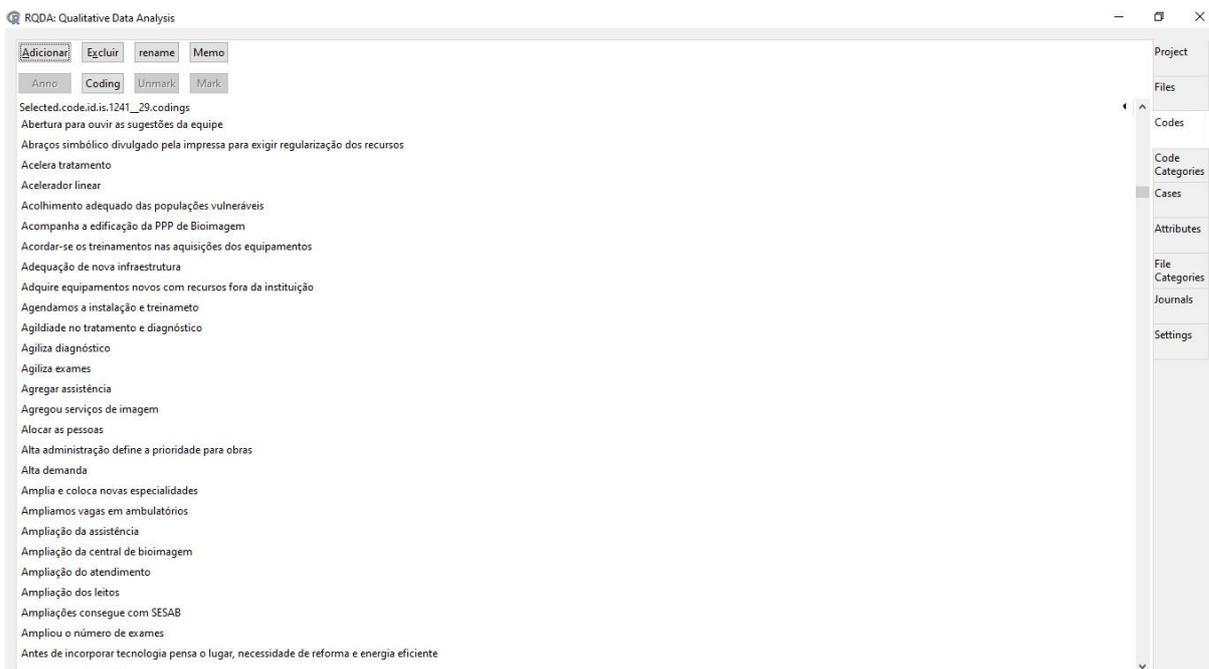
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

Figura 32 – Codificação com rotulação *invivo* no RQDA (Exemplo)



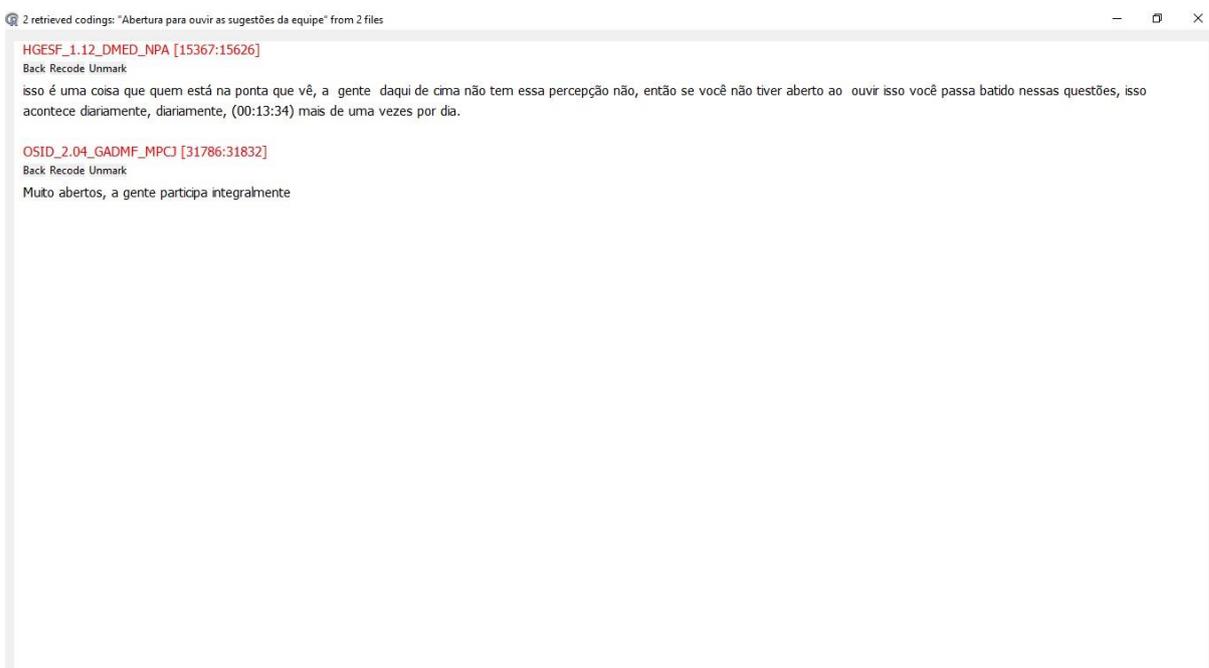
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

Figura 33 – Códigos gerados no RQDA (Alguns exemplos)



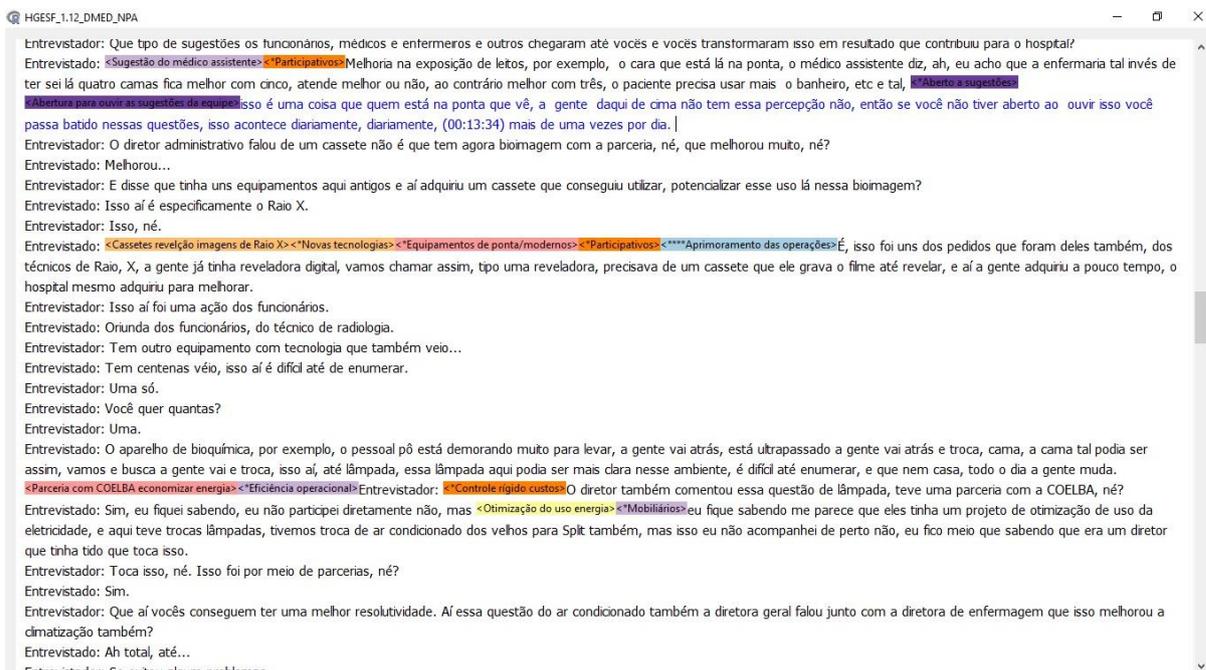
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

Figura 34 – Lista de codificações rotuladas no RQDA (Exemplo)



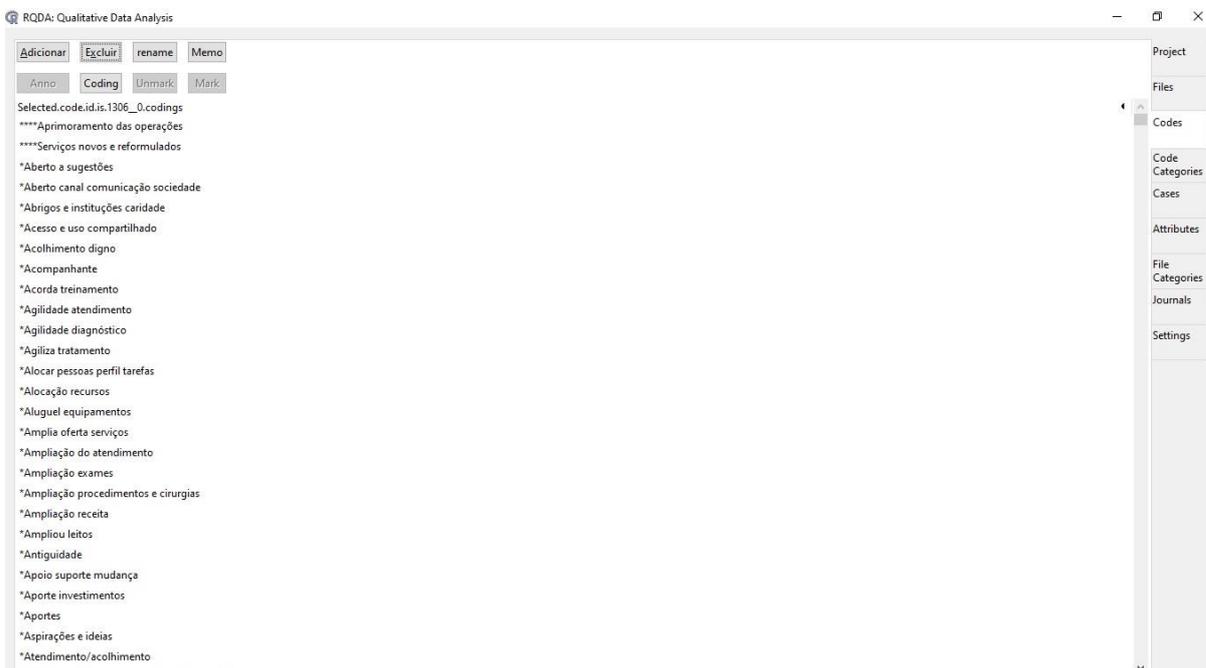
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

Figura 35 – Reclassificação codificando a subcategoria no RQDA (Exemplo)



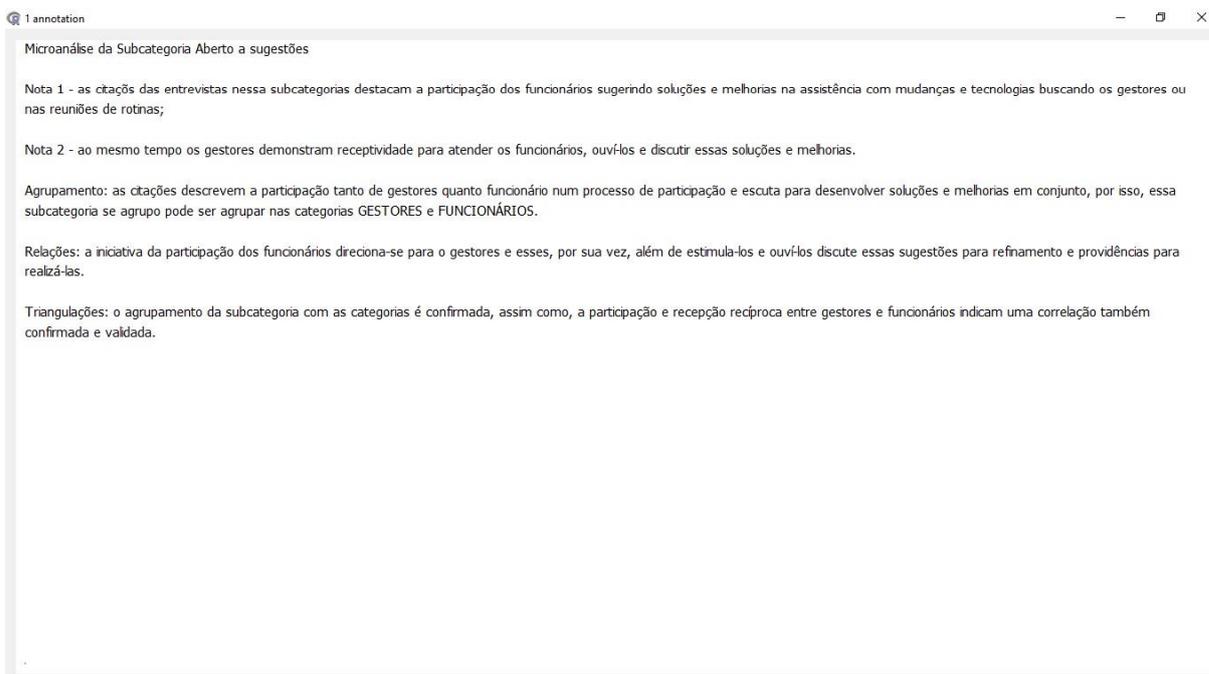
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

Figura 36 – Subcategorias geradas no RQDA (Alguns exemplos)



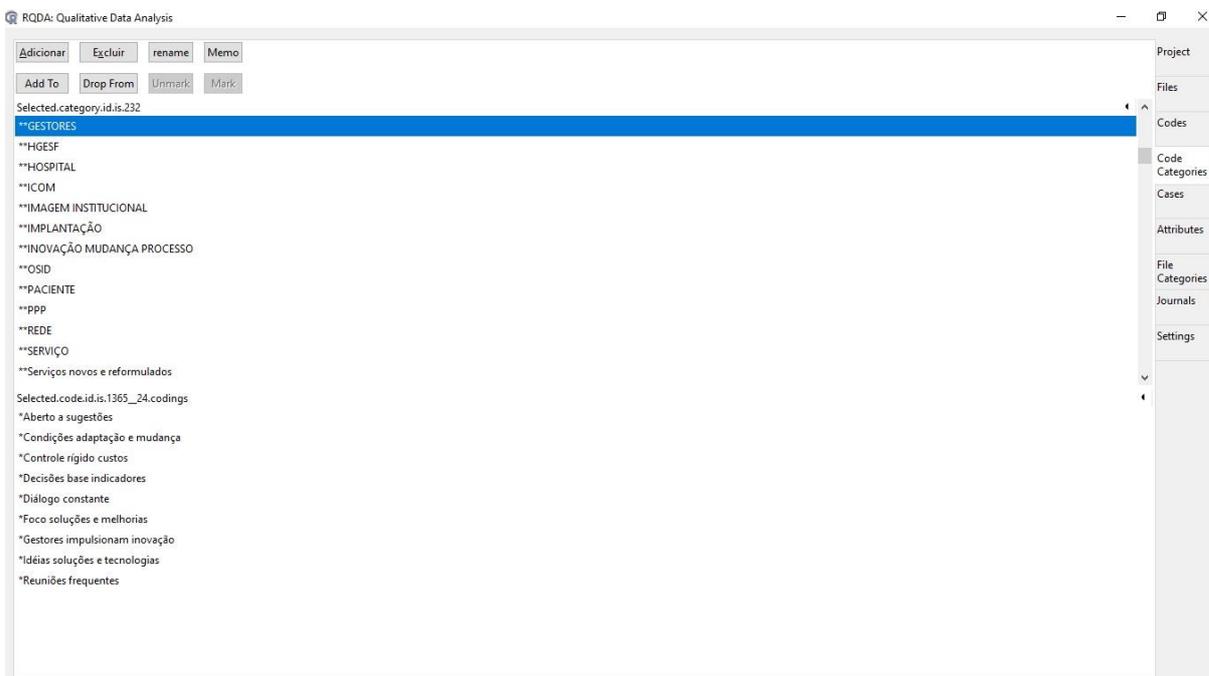
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

Figura 37 – Anotações das subcategorias geradas no RQDA (Exemplo)



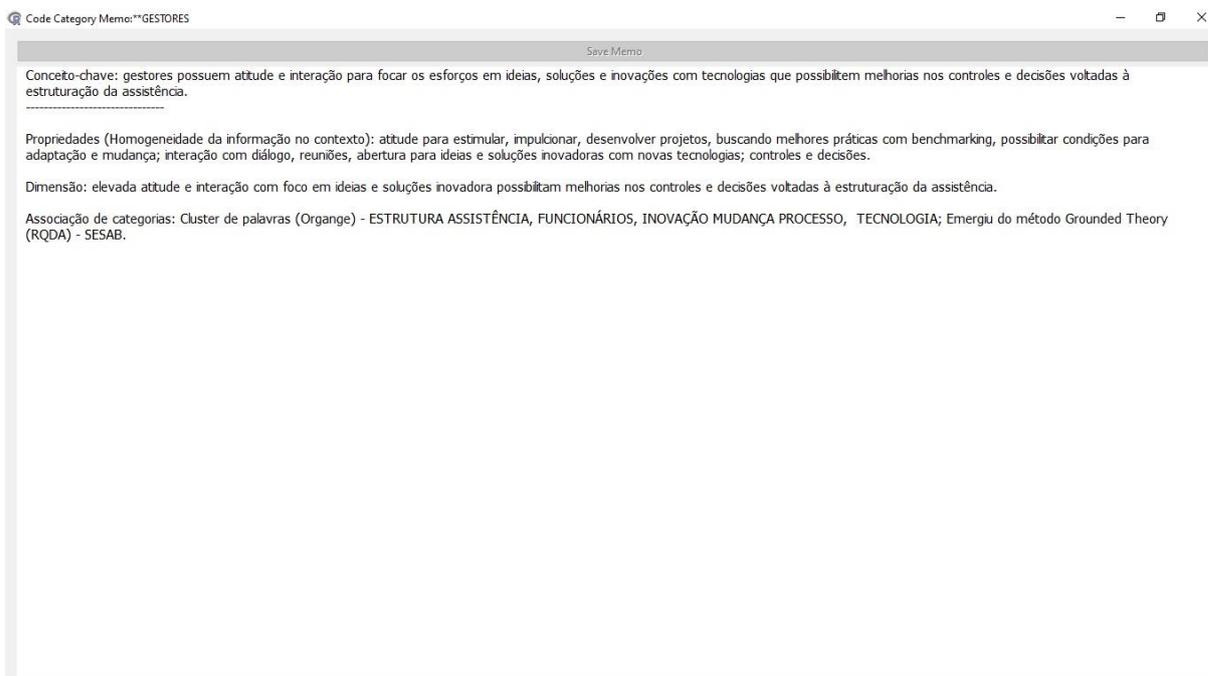
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

Figura 38 – Categorias geradas no RQDA (Exemplo)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

Figura 39 – Memo (Memorando) das subcategorias geradas no RQDA (Exemplo)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa qualitativa (2021).

APÊNDICE L – Lista dos Arquivos e *Links* de Acesso

Link de acesso aos arquivos:

https://github.com/leonebagagi/Dados_Tese_LeoneBagagi.git

A ordem segue as etapas de análises das fases quantitativa e qualitativa nessa sequência:

1. Base de dados quantitativos 3 Modelos.sav
2. Base de dados quantitativos Amostras Aleatórias (sav)
3. Base de dados quantitativos Moderação Variáveis Mediana (sav)
4. Base de dados quantitativa e tabelas.xlsx – resultados das análises descritivas e fatoriais
5. Modelo CFA (Base Tese1) fatores efeito direto, indireto e moderadores
6. Modelo CFA (Base Tese1) fatores mediana efeito moderador
7. Modelo CFA (Base Tese2) fatores efeito direto e indireto diferença AMI
8. Modelo CFA (Base Tese2) fatores efeito moderador diferença AMI
9. Modelo SEM (Base Tese1) fatores mediana efeito moderador
10. Modelo SEM (Base Tese 1 e 2) fatores efeito direto e indireto
11. Modelo SEM (Base Tese 1) teste Z fatores efeito direto e indireto
12. Entrevistas transcritas sem tratamento (*doc*)
13. Entrevistas transcritas com tratamento (*doc*)
14. Lista de *stopwords* (txt)
15. *Workflow* Orange do agrupamento das entrevistas
16. *Workflow* Orange da geração de documentos por *tokens* de palavras
17. Documentos dos *tokens* de palavras gerados (*txt*)
18. *Workflow* Orange do agrupamento dos *tokens* de palavras
19. Backup do RQDA com a rotulação, codificação, subcategorias e categorias identificadas
20. Lista de códigos com respectivas citações rotulados no RQDA (*html*)
21. Lista de subcategorias com respectivas citações antes da validação reclassificando os códigos no RQDA (*html*)
22. Meta dados de planilha auxiliar para validação das etapas codificação axial e seletiva
23. Anotações das Notas de Subcategorias registrados no RQDA (*doc*)
24. Memorandos das Categorias registrados no RQDA (*doc*)

APÊNDICE M – Dados Qualitativos Tabulados
Tabela 35 – Tokens de palavras de maior frequência no *corpus*

Nº	Words	Word count	Nº	Words	Word count	Nº	Words	Word count	Nº	Words	Word count
1	paciente	469	26	custo	87	51	reuniões	59	76	Ernesto	44
2	hospital	412	27	estado	87	52	sus	59	77	Posso	44
3	melhor	170	28	trabalho	86	53	enfermagem	57	78	Ideia	44
4	saúde	168	29	diretoria	85	54	profissional	57	79	Própria	44
5	tempo	167	30	estrutura	80	55	população	56	80	Buscar	44
6	processo	159	31	profissionais	80	56	parceria	56	81	reunião	43
7	equipamento	149	32	atender	77	57	segurança	55	82	público	42
8	sesab	146	33	assistência	77	58	ti	55	83	empresa	42
9	gestão	144	34	alta	76	59	instituição	54	84	Nível	42
10	pacientes	140	35	recurso	74	60	rápido	52	85	tratamento	42
11	tecnologia	136	36	necessidade	72	61	melhorar	52	86	treinamento	42
12	equipamentos	131	37	médico	71	62	realidade	52	87	Clínica	42
13	peessoas	113	38	comissão	71	63	indicadores	51	88	Desafio	41
14	serviço	113	39	funcionários	70	64	inovação	50	89	hospitais	41
15	demanda	112	40	grupo	68	65	primeiro	49	90	emergência	41
16	qualidade	109	41	Problema	66	66	regulação	48	91	Atende	41
17	unidade	109	42	Projeto	65	67	exame	47	92	Novos	41
18	sistema	107	43	Unidades	64	68	plano	47	93	dificuldade	41
19	recursos	105	44	Trabalha	64	69	muita	47	94	importante	40
20	atendimento	103	45	Serviços	63	70	ppp	47	95	cirúrgico	40
21	rede	100	46	Leito	63	71	fez	46	96	Irmã	40
22	prontuário	95	47	Eletrônico	62	72	tecnologias	45	97	Uti	39
23	equipe	95	48	Novo	61	73	cirurgia	45	98	Quatro	39
24	peessoal	94	49	Secretaria	59	74	cinco	45	99	material	39
25	leitos	94	50	Processos	59	75	falta	44	100	investimento	38

Fonte: Dados da pesquisa qualitativa (2021).

Tabela 36 – Palavras lematizadas consideradas de alta relevância para pesquisa a partir dos TF-IDF e no contexto das entrevistas

Tokens	TF-IDF	Relevância		Nº	Plavras	TD-IDF	Relevância	
		Alta (Palavra designada relevante) – Alta relevância no contexto	Baixa – Baixa relevância no contexto				Alta (Palavra designada relevante) – Alta relevância no contexto	Baixa – Baixa relevância no contexto
1	pacient	0,202	Alta relevância no contexto (PACIENTE)		muit	0,031		Baixa
2	hospital	0,151	Alta (HOSPITAL)	44	alta	0,031		Alta (ALTA)
3	equip	0,134	Alta (EQUIPAMENTO)	45	cirurg	0,030		Alta (CIRURGIA)
4	equip		Alta (EQUIPE - extraída da lematização do token EQUIP)		estratég	0,030		Baixa
5	melhor	0,123	Alta (MELHOR)		realidad	0,030		Baixa
6	atend	0,095	Alta (ATENDIMENTO)	46	indic	0,030		Alta (INDICADORES)
7	process	0,077	Alta (PROCESSO)		ger	0,030		Baixa
8	trabalh	0,077	Alta (TRABALHO)		popul	0,030		Baixa
9	recurs	0,065	Alta (RECURSO)	47	profission	0,029		Alta (PROFISSIONAIS)
10	servic	0,062	Alta (SERVIÇO)		estad	0,029		Baixa
11	tecnolog	0,061	Alta (TECNOLOGIA)		instituiçã	0,029		Baixa
12	saúd	0,060	Alta (SAÚDE)	48	sus	0,029		Alta (SUS)
13	unidade	0,060	Alta (UNIDADE)	49	consequ	0,029		Alta (CONSEGUE)
14	nov	0,058	Alta (NOVO)		reuniõ	0,029		Baixa
15	temp	0,055	Alta TEMPO	50	clínic	0,029		Alta (CLÍNICA)
16	demand	0,054	Alta (DEMANDA)	51	mudanc	0,028		Alta (MUDANÇA)
17	gestã	0,053	Alta (GESTÃO)	52	públic	0,028		Alta (PÚBLICO)
18	leit	0,051	Alta (LEITOS)	53	secret	0,027		Alta (SESAB)
19	sesab	0,050	Alta (SESAB)	54	exam	0,027		Alta (EXAME)
20	cust	0,050	Alta (CUSTO)	55	impact	0,027		Alta (IMPACTO)
	diretor	0,047	Alta (GESTORES)		inform	0,027		Baixa
21	pass	0,043	Alta (PASSA)		ajud	0,027		Baixa
22	médic	0,043	Alta (MÉDICOS)		empres	0,027		Baixa
23	funcionári	0,043	Alta (FUNCIONÁRIOS)		dificultad	0,027		Baixa
24	sistem	0,042	Alta (SISTEMA)		quer	0,026		Baixa
25	busc	0,042	Alta (BUSCA)		ide	0,026		Baixa
26	qualidad	0,041	Alta (QUALIDADE)	56	particip	0,026		Alta (PARTICIPAÇÃO)
27	pesso	0,040	Alta (PESSOAL)		govern	0,026		Baixa
28	necess	0,039	Alta (NECESSIDADE)		result	0,026		Baixa
29	gestor	0,039	Alta (GESTOR)		tent	0,026		Baixa
	prontuári	0,039	Alta (TECNOLOGIA)		líd	0,026		Baixa
30	implant	0,038	Alta (IMPLANTAR)		ráp	0,026		Baixa
31	red	0,038	Alta (REDE)		ernest	0,026		Baixa
	ti	0,038	Alta (TECNOLOGIA)		funcion	0,026		Baixa
	ppp	0,037	Baixa		profissional	0,025		Alta (PROFISSIONAIS)
32	problem	0,036	Alta (PROBLEMA)		eletrôn	0,025		Baixa
33	estrutur	0,036	Alta (ESTRUTURA)		pod	0,025		Baixa
34	compr	0,035	Alta (COMPRA)		administr	0,025		Baixa
35	assistent	0,034	Alta (ASSISTÊNCIA)	57	segur	0,025		Alta (SEGURANÇA)
36	grup	0,034	Alta (GRUPO)		pens	0,025		Baixa
37	precis	0,033	Alta (PRECISA)		receb	0,024		Baixa
	parc	0,033	Baixa	58	regul	0,024		Alta (REGULAÇÃO)
	irmã	0,033	Baixa	59	desafi	0,024		Alta (DESAFIO)
38	inov	0,033	Alta (INOVAÇÃO)		control	0,024		Baixa
	comissã	0,032	Baixa		plan	0,024		Baixa
39	pessoal	0,032	Alta (PESSOAL)		utiliz	0,024		Baixa
40	conhec	0,032	Alta (CONHECIMENTO)		estud	0,024		Baixa
41	intern	0,032	Alta (INTERNADO)		primeir	0,024		Baixa
42	intern		Alta (INTERNO - extraída da lematização do token INTERN)	60	enfermag	0,024		Alta (ENFERMAGEM)
43	invest	0,031	Alta (INVESTIMENTO)		import	0,0234		Baixa
	projet	0,031	Baixa		falt	0,0234		Baixa

Fonte: Elaboração com base nos dados qualitativos (2021).

Quadro 8 – Relação dos códigos gerados na codificação por rotulação *in vivo*

Rótulo in vivo do código	
1 A gente viu a necessidade e correu atrás	52 Atendimento mais rápido
2 Abertura para ouvir as sugestões da equipe	53 Atendimento médico com atenção e carinho
3 Abraços simbólicos divulgados pela imprensa para exigir regularização dos recursos	54 Atinge todas as metas qualitativas e quantitativas
4 Acelera tratamento	55 Através indicadores tem espelho do Ernesto
5 Acelerador linear	56 Atuação na prevenção
6 Ações dos gestores resultam em mudanças	57 Atualizam-se com equipamentos modernos em congressos e palestras
7 Acolhimento adequado das populações vulneráveis	58 Auditoria detecta problemas
8 Acompanha a edificação da PPP de Bioimagem	59 Aumenta faturamento junto ao SUS
9 Acordar-se os treinamentos nas aquisições dos equipamentos	60 Aumenta resolutividade do paciente
10 Adequação de nova infraestrutura	61 Aumento da resolutividade dos pacientes com equipamentos e projetos de inovações
11 Adquire equipamentos novos com recursos fora da instituição	62 Aumento da rotatividade dos leitos
12 Agendamos a instalação e treinamento	63 Aumento do atendimento
13 Agilidade no tratamento e diagnóstico	64 Aumento dos serviços esbarra na estrutura física
14 Agiliza diagnóstico	65 Aumento número cirurgias e atendimento
15 Agiliza exames	66 Aumentou a capacidade instalada
16 Agregar assistência	67 Aumentou o número de exames
17 Agregou serviços de imagem	68 Autoclave
18 Alocar as pessoas	69 Autonomia para poder contratar facilita a gestão
19 Alta administração define a prioridade para obras	70 Avaliação de protótipo
20 Alta demanda	71 Avanço tecnológico às vezes tem redução de custos e aumento no volume de atendimento
21 Amplia e coloca novas especialidades	72 Avanços nos processos de diagnóstico com tecnologia do PAX
22 Ampliação da assistência	73 Avisa a todos o que vai acontecer de mudanças
23 Ampliação da central de bioimagem	74 Bata branca do grupo de saúde SESAB
24 Ampliação do atendimento	75 Bata cinza do consórcio terceirizado
25 Ampliação dos leitos	76 Bate-papo corredor ajuda captar ideias
26 Ampliações conseguem com SESAB	77 <i>Benchmarking</i>
27 Ampliamos vagas em ambulatórios	78 <i>Benchmarking</i> , a partir de visitas técnicas trazem novas soluções
28 Ampliou o número de exames	79 Bioimagem
29 Análise das deficiências	80 Bioquímico do laboratório identifica novas tecnologias
30 Antes de incorporar tecnologia pensa o lugar, necessidade de reforma e energia eficiente	81 Biosegurança
31 Aparelho de anestesia de última geração	82 Boa assistência
32 Aparelho de ultrassom novo	83 Boa liderança vai ouvir as pessoas para trazer soluções
33 Apoio da direção no avanço tecnológico	84 Boa relação e comunicação da diretoria
34 Apoio da gestão para lidar resistência à mudança	85 Bolsa colostomia
35 Aqui é hospital de infecto	86 Bom gestor busca parcerias
36 Aquisição de bens e equipamentos pelo Estado	87 Bomba de infusão
37 Aquisição de novas tecnologias que reduzam os custos	88 Bônus para maqueiros com melhor avaliação
38 Aquisição dos equipamentos	89 <i>Book</i> de projetos para adquirir equipamentos
39 Arco Cirúrgico	90 <i>Box</i> com <i>Notebook</i> e caixa acrílico
40 Área oncológica e de deficiência recebem incentivos de empresas que têm dedução de IRPJ	91 Brevidade terapêutica
41 Assessoria de estratégia e qualidade promove reuniões	92 Busca alternativas de produtos
42 Assinatura digital com token	93 Busca atender a demanda por novos serviços
43 Assistência domiciliar da SESAB	94 Busca captação de recursos junto a SESAB para criar o Centro de Oftalmologia de alta
44 Atenção maior a tecnologia	95 Busca constante por melhorias
45 Atende à demanda de todo o Estado e de outros, também	96 Busca do melhor sempre
46 Atende mais de duas mil pessoas por dia	
47 Atende muito mais	
48 Atende todos os pacientes de nosso perfil	
49 Atender com fé, sem questionamento e discriminação	
50 Atender com mais eficiência	
51 Atender melhor preciso de recursos financeiro e estrutura física no hospital	

Rótulo in vivo do código	
	97 Busca facilitada de informações com prontuário eletrônico
Rótulo in vivo do código	
98 Busca incutir que pode ser melhor	142 Com informatização não necessita impressoras, papel, arquivo e espaços
99 Busca informar à equipe hospitalar	143 Com mais serviços, maior é a demanda
100 Busca melhor remuneração em tipos de contratos, além da tabela do SUS	144 Com obras de infraestrutura, vem processo de equipamentos e mobiliários
101 Busca parceria suprir mobiliário, aparelhos ar-condicionado e TVs	145 Com pouco recurso, trabalhamos para melhorar a assistência
102 Busca parcerias para capacitação	146 Com tecnologia da telemedicina, pode-se analisar o caso do paciente em qualquer lugar
103 Busca prestar bom serviço ao pessoal carente	147 Comissão de indicadores
104 Busca recursos de parcerias	148 Compras passam pela diretoria
105 Busca sempre reduzir custos	149 Comunicação rápida
106 Busca tecnologia	150 Comunidade pede para mudar
107 Buscamos equipamentos modernos e renovação do parque tecnológico com emendas parlamentares	151 Concepção da PPP veio da SESAB
108 Buscamos sempre parcerias	152 Condições ambientes para paciente
109 Buscando sempre mais	153 Conectar câmara de vacinas
110 Buscando solucionar e mudar para melhor	154 Conflito na instalação do prontuário eletrônico
111 Buscando soluções temos a comissão de pele	155 Conforto com ambiente agradável
112 Buscar custo-benefício do equipamento automatiza processo laboratorial	156 Conforto do paciente
113 Buscar inovação	157 Conhecer a sugestão de ideias
114 Buscar novas tecnologias	158 Consegue ampliar atendimento
115 Camas elétricas	159 Consegue atender mais e ter remuneração maior
116 Caminhos para consolidação da imagem e credibilidade	160 Consegue atender o aumento da demanda sem perder a qualidade
117 Campanhas de doações e atividades comercial	161 Consegue fiscalizar o tempo de permanência
118 Canonização dará credibilidade a OSID e ganhos para o hospital	162 Consegue muitos equipamentos, através dos recursos
119 Capacidade de acolher mais pacientes	163 Conseguiu ampliar atendimento de portadores de necessidades especiais ajudando as famílias a cuidarem em casa
120 Capacidade de inovação	164 Consórcio de Empresa de construção e administração hospitalar
121 Capacidade tecnológica	165 Construção do hospital
122 Capacidade de diagnóstico da patologia consegue curar o paciente	166 Construindo centro de pesquisa com recursos externos
123 Capacitação dos profissionais	167 Consulta facilitada
124 Capacitação estimula funcionário a buscar tecnologias que precisamos	168 Contato com a gestão superior da SESAB
125 Capacitação estimula percepção do funcionário para inovação	169 Contato com comunidade
126 Capacitação todos os funcionários	170 Contato com UBS municipal pacientes crônicos
127 Capta parceiros para que tenha menor desembolso com associação da marca e imagem da OSID	171 Contato e articulação com paciente para buscar prevenção
128 Característica da Irmã Dulce	172 Contratação de profissionais esbarra em salários baixos e imaturos
129 Carro de anestesia	173 Controle dos custos cada vez mais rigoroso
130 Cartão corporativo	174 Convênios tipo SESAB
131 Cassetes revelação imagens de Raio X	175 Conversas sobre dificuldades e necessidades
132 Central de monitoração	176 Coordenadores de áreas indicam melhorias
133 Centrinho sem papel - Centro de lesões labiopalatais	177 Corpo médico sugere soluções
134 Centro cirúrgico	178 Corre atrás de recursos, através de emenda parlamentar
135 Centro de pesquisa funciona em parceria com FIOCRUZ	179 Costume de copiar e colar
136 Centro Educacional Santo Antônio	180 Crescimento dos processos de trabalho
137 Certificações de qualidade	
138 Certificado pela ISO	
139 Circuito interno de Monitoramento tipo CFTV	
140 Cirurgia vídeo-laparoscópica faz pequenos cortezinhos	
141 Com identificação da implantação da novidade buscam-se alternativas e recursos	

Rótulo in vivo do código	
	181 Crescimento tecnológico 182 Criou-se vários outros serviços 183 Crise financeira 184 Cumpre regras Corpo de Bombeiros e Brigada de incêndio
Rótulo in vivo do código	
185 Cumpre regras de vigilância sanitária 186 Curativos de melhor recuperação 187 Custos fora da especialidade 188 Dá maior fluidez ao paciente internado 189 Dados do quantitativo de pacientes por especialidade 190 Dados para tomar decisão 191 Decisão da diretoria de fazer as coisas 192 Decisões dialogadas 193 Déficit de custeio 194 Deixa de atender com equipamento quebrado 195 Demanda de inovação na área médica 196 Demanda deflagra o <i>start</i> do prontuário eletrônico, digitalização e certificação 197 Demanda dos nossos usuários com hanseníase 198 Demanda interna do hospital 199 Demanda para SESAB 200 Demanda reprimida impacta no hospital 201 Demandas sempre são maiores do que a disponibilidade de recursos 202 Demonstrar o que a instituição faz e o necessário para custeá-lo 203 Demorava muito 204 Dependência licitatória da SESAB 205 Desafogou a rede SESAB 206 Deseja tornar melhor hospital com melhor tecnologia 207 Desempenho exitoso 208 Desenvolve cronograma de treinamento 209 Desenvolve tecnologicamente 210 Desfazimento de bens de órgãos públicos 211 Devolver assistência, ensino e pesquisa 212 Diagnóstico e tratamento eficazes 213 Diagnóstico em pouco tempo 214 Diagnóstico mais direcionado do tratamento 215 Diagnóstico preciso 216 Diagnóstico rápido 217 Diagnóstico seguro 218 Diálogo constante 219 Difícil acompanhar avanço, mas corremos atrás das novas tecnologias 220 Dificuldade com sistemas livres 221 Dificuldade na gestão de pessoas 222 Dificuldade no agendamento com atendimento realizado de apenas 48% 223 Digitalização 224 Dignidade no atendimento 225 Diminui a permanência 226 Diminui custo de transferência 227 Diminui tempo de internamento 228 Diminuição custo 229 Diminuição dos erros 230 Direção abriu secretaria para ajudar atender melhor 231 Direção busca excelência 232 Direção demonstrou necessidade de progredir	239 Diretoria sempre banca as ideias 240 Diretoria tem batalhado 241 Diretoria trabalha em grupo 242 Diretoria viram as necessidades de mudança 243 Discussões em prol de melhorias 244 Disponibiliza exame laboratorial pela internet 245 Disposição e boa vontade 246 Distribui tarefas 247 Divulgação científica da área médica 248 Doações ajudam 249 Doações de empresas 250 Doenças 251 Educação continuada 252 Educação permanente normas segurança 253 Elabora <i>book</i> de projetos e busca emenda parlamentar para renovação do parque de equipamentos 254 Eletro e Ecocardiógrafa 255 Empatia é a boa relação nos processos interligados 256 Empoderou equipe a prestar melhor assistência 257 Endoscopia 258 Enfermarias climatizadas 259 Enfermeiros, fisioterapeutas são professores, mestres e doutores 260 Engajamento do alto escalão na SESAB 261 Engenharia clínica 262 Engenharia clínica sugere solução 263 Enquanto líder, busca estar atualizado trocando tecnologias 264 Equipamento de tomografia amplia o atendimento e redução de custo 265 Equipamento é mais fácil com PPP 266 Equipamento mede gases sanguíneos 267 Equipamentos computacionais 268 Equipamentos de ponta 269 Equipamentos de última geração 270 Equipamentos novos 271 Equipe comprometida 272 Equipe da área de enfermagem participativa 273 Equipe de enfermagem participa de comissões, programas e auditorias interdisciplinar resultam inovações 274 Equipe de enfermagem tem treinamento 275 Equipe de enfermagem trabalha com indicadores 276 Equipe já sabe usar ou é treinada para equipamento novo 277 Equipe médica acha perda de tempo preencher prontuário eletrônico 278 Equipe multidisciplinar

Rótulo in vivo do código	
233 Direção é bem participativa	279 Equipe multidisciplinar solicita nova tecnologia
234 Direção recebe qualquer pessoa	280 Equipe plástica dedicada a curativos
235 Direção sempre aberta	281 Equipe que consegue montar e manter é o diferencial
236 Direciona treinamento para minimizar problemas	
237 Diretoria é bem empenhada	
238 Diretoria em reunião discute se vale a pena a solução	
Rótulo in vivo do código	
282 Equipe reduzida de TI e Engenharia Clínica	326 Falta de Profissionais em geral
283 Equipe tem treinamento	327 Falta de recursos e direcionamento são um desafio nacional
284 Ernesto Simões tenta inovar e se adaptar às novas tecnologias	328 Falta de recursos impactam na qualidade da saúde
284 Ernesto Simões tenta inovar e se adaptar às novas tecnologias	329 Falta de recursos implicam no recrutamento de bons gestores
285 Escolha de materiais e equipamentos de ponta	330 Falta de rede efetiva no atendimento primário
286 Escritório de projetos sistematiza o estudo da viabilidade de novas tecnologias verificando insumos, custos e mudanças nos processos	331 Faltam ferramentas de gestão com apoio de <i>software</i>
287 Escritório de projetos trabalha “pari passu” com a engenharia clínica	332 Falta profissional para verificar infraestrutura
288 Escuta dos gestores	333 Falta profissional qualificado
289 Espaço pequeno	334 Fase de inovação
290 Está ajudando a nossa rede melhorar	335 Fatores que conduzem a sobrevivência
291 Está vindo mais jovens porque o acesso melhorou	336 Faz adequações e troca de subestações antigas
292 Estamos abertos a inovar	337 Faz gama maior exames
293 Estamos acima da média no acolhimento	338 Faz muitas mudanças aqui
294 Estamos buscando agora projeto da hemodinâmica junto à SESAB	339 Faz muito treinamento com fornecedores
295 Estamos em busca da creditação	340 Fazemos tomografia
296 Estimula a participação dos líderes de núcleos e médicos da necessidade de equipamentos	341 Fazemos trabalho para melhorar tecnologia
297 Estrutura extremamente enxuta	342 Fazemos ultrassonografia
298 Estrutura física	343 Fazer projeto e pensar linhas de financiamento
299 Estrutura por processo com mais eficácia	344 Fibra óptica
300 Estudar e analisar equipamentos quanto aplicabilidade, vida útil, custo de manutenção e insumos	345 Financeiro não acompanha ampliação dos serviços
301 Estudo das tecnologias necessárias	346 Fluidez informação com prontuário eletrônico
302 Estudo de custeio e receita para adquirir uma tecnologia como tomografia e ressonância	347 Foco e busca pela excelência
303 Estudo do custo-benefício se faz em investimentos de equipamentos e ampliação desses	348 Foco na segurança do paciente tem dificuldade nas normas e recursos
304 Estudo do equipamento para decidir se vale a pena consertar ou substituí-lo	349 Força da missão, a partir da fundadora
305 Evita risco de infecção hospitalar	350 Força da missão da fundadora traz compromisso
306 Evolução favorável do paciente	351 Formação da unidade desse hospital
307 Evoluir em inovação	352 Formamos multiplicadores para Unidades Básicas de Saúde
308 Exame de bioimagem em trinta minutos	353 Fornecedor vai instalar e dar o treinamento para o pessoal e garantir melhor condição de uso
309 Exames de altíssima qualidade	354 Fortaleceu educação continuada
310 Exames de imagem da PPP atendem HGESF	355 Fruto de um grupo criado com olhar doação de órgãos
311 Exames de imagens da PPP atendem Regulação	356 Funcionário levou a ideia do totem
312 Exames laboratoriais rápidos	357 Funcionário sinaliza demandas para gestão
313 Exames mais rápidos	358 Funcionários deixam de pegar peso
314 Exames mais seguro para paciente	359 Funcionários e o serviço trazem os problemas
315 Exames rápidos de tomografia	360 Funcionários exigindo mudanças na estrutura física e nas tecnologias
316 Execução do projeto envolve o escritório de projetos e líderes da área	
317 Existe na SESAB plano de aquisição para modernização das unidades	
318 Expectativa com a canonização é que seja autossustentável	

Rótulo in vivo do código	
319 Experiência da PPP é inédita e traz muitas lições 320 <i>Expertise</i> profissional da equipe 321 Exposição inicial do sistema 322 Fala sobre novas ideias 323 Falo muito de inovação e tecnologia 324 Falta de infraestrutura 325 Falta de investimento	361 Funcionários gostam do que estão fazendo 362 Funcionários levam problema acompanhada com melhoria 363 Funcionários mais acolhidos e confortáveis no trabalho 364 Funcionários participativos 365 Funcionários percebem melhorias 366 Funcionários querem colocar tecnologias em prática 367 Funcionários sentem-se valorizados 368 Funcionários sugerem inovações por meio Ouvidoria, RH e Núcleo de Saúde 369 Fundo de financiamento da PPP
Rótulo in vivo do código	
370 Funcionar endoscopia 371 Ganha tempo 372 Garimpando para conseguir recursos para investimento com emendas parlamentares 373 Gera dados para identificar onde pode melhorar 374 Gerador de energia elétrica 375 Gerenciar melhor fluxos e processos de trabalho 376 Gerir leito para atender mais 377 Gestão compartilhada facilita as comunicações e orienta ações 378 Gestão das UBS 379 Gestão de saúde mantém contato estreito com SESAB 380 Gestão de saúde trata diretamente com SESAB 381 Gestão melhorada 382 Gestão tem papel significativo no resultado 383 Gestor acompanha e orienta todo processo da mudança com a implantação da novidade 384 Gestor de saúde articula com equipe de projetos para expor necessidade 385 Gestor recebe sugestão do funcionário e prepara um projeto 386 Gestor tem autonomia para colocar a demanda em pauta 387 Gestores contribuem para profissionais desenvolverem treinamentos aos multiplicadores 388 Gestores estimulam novas ferramentas de tecnologias 389 Gestores fazem solicitação para atender necessidades 390 Gestores identificam necessidades de equipamentos, melhorias e tecnologias das lideranças 391 Gestores impulsionam inovação 392 Gestores incentivam e motivam formas mais ágeis de realizar os processos de trabalho 393 Gestores se envolvem no processo de trabalho 394 Gestores têm vários <i>feedbacks</i> de melhorias 395 Gestores trazem programas 396 Gestores visualizam melhorias nos processos assistenciais 397 Girar mais leitos consegue atender mais 398 Giro dos leitos 399 Governança de TI 400 Grupo de humanização tem muitas ideias 401 Grupo de qualidade sinaliza necessidade de melhoria tecnológica 402 Grupo de segurança do paciente propõe mudanças importantes 403 Grupo multidisciplinar de desespiralização	415 Hospital de referência 416 Hospital é uma ilha de excelência 417 Hospital está com atendimento de qualidade 418 Hospital está em situação de referência no Estado 419 Hospital que mais capta órgãos para transplante 420 Hospital muito velho 421 Hospital tem bons profissionais 422 Hospital tem comissões e comitê de segurança 423 Hospital tem dentro, várias indústrias 424 Hospital trabalha com pessoa já doentes e contaminadas 425 Humanização formidável dos pacientes 426 ICOM 427 ICOM recebe todos os pacientes do Estado 428 Ideia da SESAB viabilizar unidade de cardiologia 429 Ideia dos funcionários 430 Ideias boas são bem-vindas e têm mudanças e participação 431 Identifica necessidade e discute com a área melhor solução 432 Identificação de novas tecnologias 433 Identificação do paciente 434 Imagem institucional relacionada à Organização Social 435 Impacta na infecção hospitalar 436 Impacto na tecnologia 437 Impeditivo do prontuário para pagar individualmente assinatura certificada 438 Implantação de AVC 439 Implantação de coisas modernas são acionados pelos profissionais internos junto com o seu líder 440 Implantando indicadores de gestão de produção de qualidade 441 Implantar ação nova 442 implantar um sistema para processamento de roupas 443 Inaugurado há 37 anos 444 Incorporação de tecnologias com elaboração de projetos para aquisição 445 Incorporação imediata da tecnologia

Rótulo in vivo do código	
404 Hematologia	446 Indicadores
405 Hemodiálise	447 Indicadores de qualidades e assistência
406 Hemodinâmica	448 Indicadores estatísticos
407 Hemodinâmica vai ter melhor tratamento de equalização para problemas vasculares	449 Iniciativas e melhorias
408 Histereoscópio faz exame rápido e sem internação	450 Inovação atrelada a uma porção de coisas
409 História daqui tem que ficar na cabeça	451 Inovação com <i>box Notebook</i> e caixa de acrílico
410 Homegasômetros novos	452 Inovação com tecnologia
411 Homogasometro	453 Inovação com tecnologia, rápido diagnóstico, tratamento e resultados
412 Hospital bem organizado	454 Inovação da estrutura assistencial
413 Hospital criado no século passado	455 Inovação independe do modelo de gestão
414 Hospital de 1950	456 Inovação melhora com tecnologias que ajudam abrir mais vagas
Rótulo in vivo do código	
457 Inovação passa pela reanálise, mudança, resultados por meio da liderança e tecnologias	506 Mapa estratégico dá mais importância ao cliente
458 Inovação tecnológica motivou todos	507 Máquina unitalizadora
459 Inovações sugeridas às chefias dos setores	508 Material novo
460 Inovações tecnológicas	509 Mediação da SESAB
461 Inovar busca o que tem no mercado e em outros hospitais	510 Médico solicita equipamentos
462 Instalações de ponta	511 Médicos abarcam novas tecnologias com entusiasmo
463 Instituição tem edificações de 60 anos	512 Médicos da ponta publicando trabalhos
464 Instituição tem histórico de sessenta anos com construção de unidades oncológicas	513 Médicos sempre buscam melhor tecnologia
465 Insuficiência de leitos	514 Melhor caminho para implantar sistemas
466 Integração entre gestor, líderes, funcionários e mercado externo	515 Melhor comunicação entre setores
467 Intenção política de inovar	516 Melhor cuidado do paciente
468 Interesse de inovar	517 Melhor diagnóstico
469 Internamentos	518 Melhor diagnóstico de imagem
470 Intuito de transformar hospital polo científico	519 Melhor equipe de fiscalização de contrato
471 Investimento no parque tecnológico	520 Melhor parque tecnológico de bioimagem, do que muitos hospitais privados
472 Investimento tecnológico	521 Melhor precisão reduz tempo de recuperação, internamento, uso de antibióticos
473 Irmã Dulce é o melhor custo-benefício do Brasil	522 Melhor qualidade de atendimento
474 Irmã Dulce tem força e credibilidade	523 Melhor qualidade do paciente
475 Irmã Dulce tem seu jeito próprio de ser	524 Melhor qualidade técnica da assistência
476 Isolamento classe biosegurança nível 4	525 Melhor resposta do paciente
477 Isolamento com pressão negativa	526 Melhor segurança dos pacientes e acompanhantes
478 Juntou setores	527 Melhor segurança dos servidores
479 Justificativa para compra do cassete	528 Melhor tecnologia, fornece melhor serviço
480 Laboratório ampliado com vários equipamentos	529 Melhor tecnologia para pacientes
481 Laboratório atende melhor	530 Melhora rápida do paciente
482 Lavadora ultrassônica	531 Melhorando muito o atendimento à população
483 Lavanderia	532 Melhorar assistência
484 Leito de isolamento	533 Melhorar o acesso
485 Leito de UTI cardiologia	534 Melhorar qualidade de vida diminuindo sequelas da doença
486 Lembretes de risco do paciente	535 Melhoria contínua na baixa taxa de mortalidade
487 Lembretes no sistema	536 Melhoria da qualidade
488 Licença temporária, teste de <i>softwares</i> e aplicativos	537 Melhoria do processo 100% seguro
489 Licitação	538 Melhoria grande na assistência
490 Líder do setor acompanha a adequação ou readequação	539 Melhoria na assistência
491 Líder é um gestor de núcleo que verifica a melhor maneira de trabalhar com paciente	
492 Líder vai na equipa e busca alternativas	
493 Liderança de TI procura no mercado o que é inovador	

Rótulo in vivo do código	
494 Liderança do setor leva a ideia e alta administração avalia custo-benefício	540 Melhoria nos resultados da alta complexidade
495 Lideranças aqui sugerem melhorias para o seu serviço	541 Melhorias Oncologia
496 Líderes e gerentes das áreas buscam mudanças de melhorias	542 Melhorias com ampliação das residências e leitos de UTI na Unacon de alta complexidade - Oncologia
497 Líderes têm que estar acompanhando às tendências do mercado para saúde	543 - Melhorias e inovações traz benefícios de eficiência
498 Lista única é um sistema do Estado	544 - Melhorias no repasse do SUS
499 Lugar confortável e bonito	545 - Melhorias não consegue só com recurso do plano operativo
500 Lugar salubre	546 - Melhorias para o paciente
501 Maior atendimento sem elevar muito custo	547 - Melhorou a higiene
502 Maior demanda e faixa etária em tempo real	548 - Melhorou a qualidade do corpo técnico
503 Mais rápido o giro atende mais	549 - Melhorou o controle de infecção
504 Mais serviços têm maior leque de atendimento	
505 Mantem qualidade em ortopedia	
Rótulo in vivo do código	
550 Menor custo estadia	595 Mudanças com melhorias em infraestrutura e tecnologias
551 Menor preço	596 Mudanças com novos protocolos AVC e Colonoscopia
552 Menor retorno do paciente pós-cirurgia	597 Mudanças e inovações, a partir da percepção do olhar diferente das comissões
553 Menor risco de erro cirúrgico	598 Mudanças melhorar conforto do paciente no hospital
554 Menor risco para paciente	599 Mudanças melhoraram serviço ao paciente
555 Menor tempo consultas e exames	600 Mudanças trouxeram diagnósticos rápidos, ensino qualificado e atende mais
556 Menor tempo de cirurgia e erros	601 Mudando com sistema financeiro e comercial
557 Menor tempo no tratamento	602 Mutirões de outras especialidades
558 Menor tempo permanência	603 Não corre risco de dar indicação errada
559 Mesas cirúrgicas	604 Não desperdiçar recursos com exames desnecessários
560 Mesma liderança e gestão de 12 anos	605 Não participamos da escolha do prontuário eletrônico
561 Meta de cirurgias para captação de recursos	606 Não se pode aumentar a receita
562 Meta de comunicação	607 Nas construções, utiliza tecnologias modernas
563 Meta de diminuir tempo de permanência dos pacientes	608 Necessidade cada vez maior do paciente
564 Meta na qualidade	609 Necessidade de suplementação
565 Migrando por versões para prontuário eletrônico	610 Necessidade dos profissionais substituição computadores
566 Milagre da Irmã Dulce foi em oftalmologia	611 Necessidade vai criando serviço
567 Milhares e centenas de outros exames novos	612 Necessidade de novos equipamentos estão no <i>book</i> de projetos
568 Missão	613 Necessidade de uma detecção sistêmica das fragilidades não percebidas pelas pessoas do operacional
569 Missão da gente é muito forte	614 Nós somos a SESAB no Ernesto
570 Modelo de gestão pode cobrar que o profissional busque novas alternativas	615 Nosso espírito de equipe funciona bem e dá melhor assistência
571 Modelo de liderança	616 Nosso perfil e missão tem como preceitos ser a última porta para os necessitados
572 Modelo de PPP pode ser seguido na Bahia e internacionalmente	617 Nova cirurgia de cabeça e pescoço
573 Modelo estratégico para implementar sugestões	618 Novas camas
574 Moderno aparelho de ultrassonografia	619 Novas macas
575 Modificação geral do bem-estar da equipe	620 Novas tecnologias vêm do esforço individual de cada servidor
576 Modificação na rede elétrica	
577 Modificação vagarosa dos processos	
578 Monitor multiparametro	
579 Monitoramento do não comparecimento junto as Secretarias municipais	
580 Monitores de outro nível	
581 Monitores mais modernos nos leitos	
582 Monta mutirão de cirurgia para atender à rede	
583 Monta plano de ação para implantação da mudança	
584 Monta projeto visitando outros locais com suporte da engenharia	
585 Montou todo processo bioimagem	

Rótulo in vivo do código	
<p>586 Mudança com serviço de oftalmologia contou com doação de equipamentos de oftalmologia, da receita federal, contratação de profissionais e residência na área</p> <p>587 Mudança com treinamento</p> <p>588 Mudança é acompanhado pela engenharia clínica e o usuário líder do setor</p> <p>589 Mudança nos processos</p> <p>590 Mudança qualitativa da diretoria</p> <p>591 Mudança requer período de adaptação ou readaptação ao novo processo</p> <p>592 Mudança significativa na lista única avisar por SMS e permutar para <i>WhatsApp</i></p> <p>593 Mudança tecnológica e organizacional está ligada à superintendência</p> <p>594 Mudança tecnológica é baseada em recursos da SESAB</p>	<p>621 Novidades proposta pela SESAB</p> <p>622 Novo serviço hemodinâmica</p> <p>623 Novo serviço nutróloga</p> <p>624 Novos aparelhos de ultrassom</p> <p>625 Novos serviços de imagem</p> <p>626 Novos sistemas de alertas e comunicação</p> <p>627 Nutrição não clínica</p> <p>628 Nutricionistas sugerem controle com QR Code</p> <p>629 Metrologia hospitalar</p> <p>630 O que faz de boas práticas aqui no Complexo se estende para unidades que gerencia</p> <p>631 Objetiva reduzir tempo de internação</p> <p>632 Obras de adaptação</p> <p>633 Obras de infraestrutura</p> <p>634 Obras de reforma</p> <p>635 Olhares diferentes especialistas trabalham unificado</p> <p>636 Oscilação no repasse</p>
Rótulo in vivo do código	
<p>637 Otimiza a hora trabalhada</p> <p>638 Otimiza Diagnóstico</p> <p>639 Otimiza e melhora com celeridade a visualização dos resultados dos exames</p> <p>640 Otimiza o esforço físico</p> <p>641 Otimiza profissionais</p> <p>642 Otimiza tempo internamento paciente</p> <p>643 Otimiza trabalho profissional técnico</p> <p>644 Otimização do uso energia</p> <p>645 Otimização dos leitos</p> <p>646 Otimização dos procedimentos cirúrgicos</p> <p>647 Otimização dos recursos com novos serviços</p> <p>648 Otimização de tempo na ocupação do leito</p> <p>649 Otimizar cirurgias para perfil do hospital</p> <p>650 Ouvimos os funcionários</p> <p>651 Paciente e o acompanhante fazem parte do processo</p> <p>652 Paciente em primeiro plano</p> <p>653 Paciente não corre risco de contaminação</p> <p>654 Paciente vascular aguarda muito tempo marcação artérias</p> <p>655 Pacientes chegam com demanda complexa e extremamente fragilizados</p> <p>656 Pacientes com dificuldade social</p> <p>657 Pacientes com vulnerabilidade social</p> <p>658 Pacientes mais complexos</p> <p>659 Pacientes mais informados e que perderam o plano de saúde estão procurando atendimento pelo SUS</p> <p>660 Pacientes transferidos para capital</p> <p>661 Padronização e sistematização da assistência</p> <p>662 Parceria com abrigos e instituições de caridade</p> <p>663 Parceria com COELBA para economizar energia</p> <p>664 Parceria com Embasa</p> <p>665 Parceria com empresas CLEIN e MV para assinatura digital</p> <p>666 Parceria com empresas para adquirir mobiliário novo</p> <p>667 Parceria com municípios acompanhar tratamento pacientes</p> <p>668 Parceria com Receita Federal</p>	<p>684 Perfurador ósseo portátil</p> <p>685 Pesquisa com UFBA para resolver problemas</p> <p>686 Pesquisa de satisfação e ouvidoria; funcionários colocam sugestões e angústias</p> <p>687 Pessoa da engenharia clínica sugere soluções</p> <p>688 Pessoal da bioimagem tem <i>know how</i> muito grande</p> <p>689 Pessoal da emergência sugeriu controle tecnológico</p> <p>690 Pessoal de TI sempre inovando</p> <p>691 Pessoas dizem que hospital melhorou</p> <p>692 Pessoas têm abraçado, quando algo mudou para melhor</p> <p>693 Pessoas trabalham com comprometimento de alma como família</p> <p>694 Pioneirismo na digitalização de Prontuários</p> <p>695 Plano de manutenção preventiva</p> <p>696 Plano piloto numa unidade</p> <p>697 Pode ofertar todos os serviços com demanda atrelada ao Estado</p> <p>698 Política de atenção básica ineficaz</p> <p>699 Política de reconhecimento</p> <p>700 População vulnerável demanda muito</p> <p>701 Portaria</p> <p>702 Possibilitar banho de sol ao paciente isolado</p> <p>703 Possibilitou os recursos</p> <p>704 Possibilitou viabilizar nossa idealização de hospital</p> <p>705 Posso falar de coração que sou Ernestina</p> <p>706 PPP</p> <p>707 PPP de imagem foi inovação gestada no hospital</p> <p>708 PPP de imagem vale para toda rede</p> <p>709 PPP estimula a motivação para inovar</p> <p>710 PPP melhorou o ICOM</p> <p>711 PPP tem orçamento específico</p> <p>712 Precauções e controle de risco mais eficientes com isolamento</p> <p>713 Precisa da CPRE com Arco em C</p>

Rótulo in vivo do código	
669 Parceria de orientação com Comissão de Territorialização	714 Precisa de equipamentos para novos serviços
670 Parceria Fiocruz	715 Precisamos colocar hospital em alta complexidade
671 Parceria instituto fornece palmilhas diminuir danos hanseníase	716 Precisamos de mais tecnologias
672 Parceria município	717 Precisamos estar centrados e organizados nos processos
673 Parceria para associar a marca com a OSID avança em tecnologias	718 Precisão cirúrgica
674 Parceria realização exame complexo para rede	719 Precisava ver a velocidade do funcionário
675 Parceria SEFAZ	720 Preciso da Hemodinâmica para avançar
676 Parceria trouxe a tecnologia	721 Premiação a funcionários de destaque
677 Parcerias com Polícias Civil e Militar	722 Premiações
678 Parcerias não governamentais	723 Premiados pelo percentual de atendimento
679 Parque gigante com ressonância e tomógrafo	724 Prepara o paciente e a família para lidarem com a doença e ter uma vida melhor
680 Participamos de toda formação	725 Prescrição rápida
681 Pedimos a aquisição de <i>notebook</i> e do carrinho de medicação	726 Pressão da demanda
682 Pensa em crescer tecnologicamente, qualitativa e quantitativamente	727 Pressão da sociedade organizada
683 Perde tempo da equipe de alta complexidade com casos banais	728 Prestar assistência que sempre desejou
	729 Pretende digitalizar os prontuários físicos
Rótulo in vivo do código	
730 Primeira experiência com PPP mista	776 Qualidade busca melhorias nos processos, sistemas e operações para conseguir desempenho maior
731 Primeiro hospital a implantar prontuário eletrônico (APD)	777 Qualidade da assistência
732 Primeiro hospital digital da Bahia	778 Qualidade do atendimento do paciente
733 Primeiro hospital do Estado a trabalhar curso palição	779 Qualidade do prédio
734 Primeiro simpósio multiprofissional	780 Qualidade dos equipamentos
735 Primeiros lugares na residência em cirurgia geral optam HGESF	781 Qualidade nos apoia nas mudanças e inovações
736 Princípios do SUS	782 Quartos suficientes de isolamento
737 Prioridade demandas reprimidas da regulação	783 Queda da infecção hospitalar
738 Priorização com farmácia e almoxarifado	784 Racionalização dos recursos
739 Problema da saúde não é subfinanciamento	785 Racionalização e otimização dos custos
740 Procedimentos de mudança de tecnologia	786 Raio X digital
741 Procedimentos menos invasivo	787 Raio X
742 Processo de adequação arquitetônica	788 Reajuste periódico
743 Processo de solicitação para lançar no CEI	789 Realiza mais de mil cirurgias por mês
744 Processo para fazer hospital novo	790 Recebe pacientes com demanda reprimida na rede
745 Processos assistenciais	791 Recebe pacientes internados nas UPAs
746 Processos internos de acolhimento do RH	792 Recebe qualquer pessoa e em qualquer momento
747 Processos internos validam o hospital como vitrine	793 Recebemos casos mais graves
748 Processos lentos	794 Recebemos elogios das pessoas simples sobre assistência
749 Procura fazer que profissionais estejam capacitados	795 Receita operacional do SUS não é suficiente
750 Produz mais exames em menor tempo	796 Recepção
751 Produz volume de dois milhões e duzentos mil procedimentos/ano	797 Recuperação rápida
752 Profissionais de primeiro emprego não saem preparados	798 Recurso e gestão é fator-chave de sucesso para inovação
753 Profissionais sugerem tecnologias	799 Recurso é um desafio
754 Profissional capacitado e treinado para nova tecnologia	800 Recurso é um desgaste para chegar
755 Profissional interno leva demandas diferenciadas que possivelmente vão aplicar em mudanças	801 Recurso insuficiente para gerir a unidade
756 Programa adicional	802 Recurso mínimo
757 Programa de eficiência energética	803 Recurso particular
758 Programa de materiais descartáveis com segurança	804 Recursos limitados
759 Programa de resíduos propõe mudanças para segurança paciente	805 Recursos mais fáceis
760 Programa de territorialização	
761 Projeto Angel	

Rótulo in vivo do código	
762 Projeto da PPP com SESAB	806 Recursos são insuficientes para trocar equipamento
763 Projeto traz informações imprescindíveis para o serviço rodar como custo de higienização, da obra e quanto a ressonância vai dar de lucro	807 Recursos tecnológicos direcionados à concessionária
764 Projetos de pesquisa, ensino e extensão	808 Recursos têm pouco
765 Prontuário eletrônico	809 Rede de gases de excelente qualidade
766 Prontuário eletrônico é um avanço	810 Reedificação de políticas trouxe investimentos
767 Prontuário eletrônico interliga sistemas da rede e da unidade	811 Reduz custo
768 Prontuário eletrônico reduz custos	812 Reduz custo com curativos
769 Prontuário eletrônico sistematiza informação	813 Reduz custo com impressões
770 Prontuário eletrônico veio da SESAB	814 Reduz custo com medicamentos
771 Proposta da qualidade para tornar a unidade acreditada	815 Reduz custo individualizando o medicamento do paciente
772 Protocolo de queda	816 Reduz custos com deslocamento
773 Provocamos Governo Federal por aporte	817 Reduz custos com menor permanência
774 Pulseiras de identificação eletrônica	818 Reduz média de permanência
775 Puxar relatório do paciente	819 Reduz mortes
	820 Reduz recurso
	821 Reduz risco de erro identificando paciente
	822 Reduz risco de infecção e proliferação de insetos e roedores no hospital
Rótulo in vivo do código	
823 Reduz tempo de admissão e espera na fila da regulação	871 Sem aumento correspondente dos recursos
824 Reduz tempo funcional	872 Serviço de imagem
825 Reduz a distância para vir as ideias da ponta	873 Serviço organizado
826 Referência em ortopedia e traumatologia	874 Serviço social sugeriu qualificar atendimento
827 Refinamento do prontuário eletrônico	875 Serviço Terceirizado Bioimagem (PPP)
828 Reformas na estrutura física	876 Servidor Voip
829 Registro diário no sistema	877 SESAB aberta ajuda projetos de melhorias
830 Relatórios do prontuário eletrônico	878 SESAB apoia a ampliação de serviços
831 Resistência à mudança	879 SESAB apoia a reforma de equipamentos e valor diferenciado no aporte de recursos para os leitos
832 Resistência à progressão mediante capacitação	880 SESAB acompanha e verifica a média de permanência e taxa de ocupação
833 Resistência por não conhecer nova tecnologia	881 SESAB demanda novos serviços ou condições de serviços
834 Resolve rápido problema do paciente com novas tecnologias	882 SESAB ouve e entende as necessidades
835 Respiradores pulmonares	883 SESAB referência como o menor custo do Estado
836 Responsabilidade social é a base da instituição	884 Setor de compras, almoxarifado, financeiro e recursos humanos estão ligados ao sistema de informação
837 Resposta mais rápida	885 Setor tenta identificar melhorias junto aos profissionais
838 Ressonância da rede	886 Sistema aberto inicialmente para sugestões
839 Ressonância magnética da PPP de Bioimagem	887 Sistema de informática do hospital
840 Resultado rápido	888 Sistema de senha e informativo na TV com alto falante
841 Retorno rápido das ações	889 Sistema de TI como prioridade
842 Reunião de gestores e superintendência a cada dois meses decidem prioridades	890 Sistema digital
843 Reunião de territorialização discute sugestões e problemas	891 Sistema novo muda a estrutura do trabalho
844 Reunião geral com diretorias	892 Sistema proposto pela SESAB
845 Reunião mensal planejamento	893 Sistema Unir informa rápido na rede leito vago
846 Reunião quinzenal para avaliação da questão de implementação	894 Sistemas diferentes de informação chegam atrasados
847 Reunião uma vez por mês com a alta gestão e a superintendência	895 Sistemas interligados
848 Reuniões de implantação	
849 Reuniões para moldar o sistema	
850 Reuniões com líderes de bairros	
851 Reuniões com coordenações de enfermagem	
852 Reuniões da gestão são apresentadas alternativas	
853 Reuniões mensais dos líderes com gestores de área	

Rótulo in vivo do código	
854 Reuniões para receber e discutir ideias de melhorias	896 Situação mais confortável
855 Reuniões semanais com outros gestores e superintendência	897 Somos exemplos para muitos casos
856 Revisão anual a cada dois anos do planejamento estratégico	898 Somos fortes e incansáveis com objetivo único que é o paciente
857 Roda leito mais rápido	899 Somos hospital-escola
858 Rodas de conversa para processos melhorem e trazem tecnologias	900 Somos instituições eficientes
859 Rotatividade do leito mais rápida	901 Somos referência para muitas coisas em epidemiologia
860 Rotinas para assimilar sugestões	902 Sonho realizado
861 Rotinas para resolução de problemas	903 Subfinanciamento
862 Salas amplas	904 Sugestão da equipe de enfermagem
863 São mais pessoas atendidas com custo baixo	905 Sugestão da radiologia
864 Satisfação com trabalho	906 Sugestão de nome social no prontuário eletrônico
865 Satisfação da equipe com trabalho	907 Sugestão de pacientes e acompanhantes
866 Secretaria tem olhar diferente implantação de novos serviços e tecnologias	908 Sugestão de parceria para aquisição e implantação de tecnologia
867 Segurança do paciente	909 Sugestão do médico-assistente
868 Segurança do paciente como qualidade do processo	910 Sugestão do núcleo de segurança do paciente
869 Segurança na identificação	911 Sugestão dos funcionários
870 SEI - Sistema de Processos Eletrônicos	912 Sugestão dos funcionários para comprar tecnologias
	913 Sugestões de ideias da equipe especializada
Rótulo in vivo do código	
914 Sugestões de mudança vêm da liderança com interferência da categoria médica	962 Tem vários fóruns
915 Sugestões surgem de várias formas	963 Temos 954 leitos
916 Sugestões vêm do próprio hospital	964 Temos bons médicos
917 Taxa de permanência	965 Temos chuvas de ideias
918 Tecnologia, a favor da assistência	966 Temos diferencial de produzir quatro milhões e meio de procedimentos/ano
919 Tecnologia acelera processo	967 Temos equipe boa aqui
920 Tecnologia contribui para inovação e cuidado	968 Temos estrutura para banco de sangue
921 Tecnologia de acondicionamento	969 Temos <i>expertise</i> do trabalho
922 Tecnologia para dentro da unidade	970 Temos feito muito com o que recebemos
923 Tecnologia tem ajudado na racionalização dos custos	971 Temos grandes tecnologias de diagnóstico
924 Tecnologias dos exames de diagnóstico	972 Temos hoje procedimentos de infectologia
925 Tecnologias, espaço e missão facilita a relação com a SESAB	973 Temos hoje tecnologia
926 Tem a participação da sociedade com doações	974 Temos inovações
927 Tem aqui de interessante é a rádio e quimioterapia	975 Temos <i>know how</i> de interlocução com SESAB
928 Tem burocracia do processo para registrar os procedimentos e recurso chegar	976 Temos mais capacidade de recurso com parceiro privado
929 Tem campo de prática para internato, estágios e residência multiprofissional	977 Temos parque de equipamentos adquiridos através das emendas parlamentares
930 Tem capacidade operacional e o ajuste à demanda chegou a um ponto crítico	978 Temos planejamento estratégico
931 Tem centro de pesquisa clínica que testa medicação	979 Temos programas de valorização e humanização dos funcionários
932 Tem Coordenação de planejamento estratégico	980 Temos projeto de ampliação dos serviços de oftalmologia
933 Tem cuidado para que a mudança tenha impacto positivo	981 Temos prontuário digital
934 Tem curativo de alta permanência de tratamento de cólon	982 Temos tecnologias de ponta
935 Tem equipamento de diagnóstico de ponta	983 Temos trabalhado na redução de custo
936 Tem equipe capacitada em cirurgia geral muito boa	984 Temos vários grupos e comissões atuando
937 Tem escritório de projetos	985 Temos vários profissionais participando de diversas pesquisas
938 Tem esse olhar para solucionar problemas	986 Temos visão geral das dificuldades da TI
939 Tem especialidade forte no hospital a vascular	987 Tempo de aquisição impacta na assistência
940 Tem gente nova para saber gasto e custo do hospital	988 Tempo de preenchimento
941 Tem hospital extremamente climatizado	

Rótulo in vivo do código	
942 Tem indicadores estratégicos, responsáveis e prazos	989 Tenta administrar da melhor forma o subfinanciamento
943 Tem <i>link</i> aberto com SESAB	990 Tenta convencer funcionário a dar o melhor
944 Tem mais leitos	991 Tenta gerir melhor os custos
945 Tem <i>marketing</i>	992 Tenta orientar para melhorar o processo informando que está inadequado
946 Tem objetivo de modernização da tecnologia da informação aplicada à saúde	993 Tenta trazer soluções
947 Tem parceria com faculdades que apoiam nossas capacitações	994 Tentando colocar mais serviços de alta complexidade, porque a remuneração é melhor
948 Tem pequenas cirurgias para hansenianos	995 Tentando fazer um Centro de Pesquisa na área oncológica
949 Tem pesquisa na assistência	996 Tentar liberar o leito
950 Tem plano de substituição de equipamentos	997 Ter tomógrafo com capacidade de análise e grupo capacitado coeso terá maior capacidade de fazer o tratamento e curar
951 Tem plano diretor para orientação física	998 Ter visão ampla para receber equipamento dentro do plano diretor com espaço e recursos
952 Tem procedimentos de qualidade	999 Ter visão estratégica para recursos limitados
953 Tem que desafogar a rede	1000 Terceirização
954 Tem que fazer <i>benchmarking</i>	1001 Testes dos produtos
955 Tem recurso, mas não aplicado no lugar certo	1002 TI
956 Tem recursos de emenda-parlamentar	1003 TI e leitos de cardiologia é feito, através da SESAB
957 Tem reunião para discutir viabilidade	
958 Tem reuniões mensais	
959 Tem tecnologia de monitoramento do paciente	
960 Tem tempo de implantação, treinamento e capacitação da equipe	
961 Tem um diferencial que é a Irmã Dulce	
Rótulo in vivo do código	
1004 TI foco é ter controle melhor de material e medicamentos com impacto no custo	1046 Uso de curativos com extremo critério
1005 Toda ideia boa é bem-vinda	1047 UTI planejada
1006 Todas as categorias profissionais podem sugerir uso de tecnologias	1048 Valorização profissional agrega
1007 Todos dão sugestões de melhoria para incluir plano	1049 Vamos ter novo CME - Centro de Material Esterilizado
1008 Todos pesquisam	1050 Vaporizadores de carrinho de anestesia controlam melhor o uso de medicamentos
1009 Tomografia computadorizado da PPP de Bioimagem	1051 Vários processos
1010 Tomografia e ressonância computadorizadas	1052 Vem buscando avançar na área tecnológica
1011 Tomógrafo com mais canais realiza exame de melhor qualidade e menor tempo	1053 Vídeo laparoscopia
1012 Tomógrafos	1054 Visa futura <i>acreditação</i>
1013 Totem de emissão de ficha para controle do tempo atendimento	1055 Visão empreendedora da gestão
1014 Totem é uma inovação	1056 Visualiza melhor produtividade e exames para melhor distribuir recursos
1015 Trabalha fazendo controles	1057 Visualização digital leitos e exames na rede
1016 Trabalhamos com doenças infecciosas	1058 Visualizar na tela exame de Raio X
1017 Trabalhamos com indicação de metas e indicadores	1059 Vitrine para construir novos hospitais
1018 Trabalhamos em grupo entrelaçado com os médicos	1060 Vontade de querer apostar no hospital
1019 Trabalhamos para melhorar estrutura	
1020 Trabalhando melhor	
1021 Trabalhar com pouco	
1022 Trabalhar para expandir hospital	
1023 Trabalho corpo a corpo na SESAB	
1024 Trabalho de conscientização de todos para melhorar processos de atendimento	
1025 Trabalho em grupo	
1026 Tradicionalmente é um hospital de ensino e pesquisa	
1027 Transparência e falar a mesma linguagem	
1028 Tratamento especializado de pacientes	
1029 Tratamento preciso	
1030 Traz mais segurança para o processo	
1031 Trazendo equipamentos área urologia	
1032 Trazer melhorias	
1033 Treinamento	

Rótulo in vivo do código	
1034 Treinamento para acompanhar evolução das tecnologias	
1035 Treinamento para utilizar a tecnologia	
1036 Treinando a equipe para assistência adequada	
1037 Treinando de pessoas para implantar documento de prontuário ou sistema novo que passam a ser multiplicadores	
1038 Turma tem garra e é apaixonada pelo hospital	
1039 <i>Turn over</i> mais rápido dos leitos	
1040 Ultrassom	
1041 União da equipe médica, enfermagem e almoxarifado para melhorar as compras	
1042 União e força de todos busca atender o volume de atendimento	
1043 Único do Estado a trabalhar com programa territorialização	
1044 Unidade se destaca fazendo novos protocolos de que precisa a rede	
1045 Uso das tecnologias em comodato	

Fonte: Dados da pesquisa qualitativa (2021).

Quadro 9 – Relação das categorias e subcategorias relacionadas

CAPTAÇÃO	DESAFIOS	ESTRUTURA ASSISTÊNCIA
<p>Book de projetos Doações Emendas parlamentares Parceria com vinculação de imagem Planejamento estratégico</p>	<p>Déficit custeio Demanda crescente Efetividade da rede primária Falta profissional qualificado Recursos investimento limitados</p>	<p>Agilidade diagnóstico Bata branca Bata cinza Capacitação e treinamento Comprometimento Comunicação sociedade Construção e reforma Controle rígido custos Decisões base indicadores Desospitalização Doações Equipamento de ponta/modernos Equipamentos novos/substituição Estrutura melhor Exames de diagnóstico <i>Expertise</i> e competência Gestão da informação Giro dos leitos Infraestrutura climatização Infraestrutura energia e lógica Inovação estrutura assistência Investimentos Licitações Mudanças com incrementos e melhorias Parceria com vinculação imagem Parceria para suprir necessidades Qualidade tratamento Redução custos Satisfação condições trabalho Serviços apoio clínico Tecnologias da informação Tipos de especialidades e tratamentos Tipos exames diagnóstico</p>
FUNCIONÁRIOS	GESTORES	HGESF
<p>Aberto a sugestões Capacitação e treinamento Comprometimento Conflito e resistência mudança</p>	<p>Aberto às sugestões Atuação Avaliação custo-benefício Comunicação sociedade</p>	<p>Área de referência Olhar diferenciado</p>

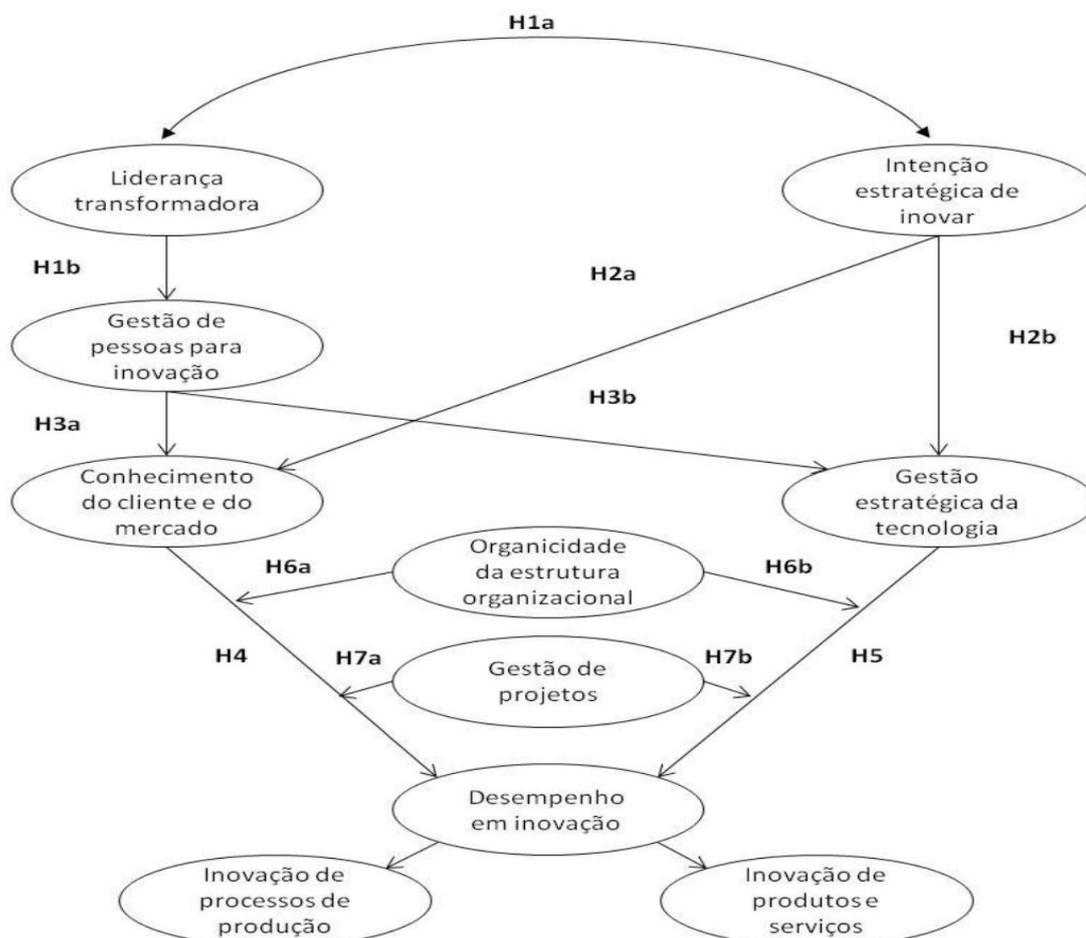
CAPTAÇÃO	DESAFIOS	ESTRUTURA ASSISTÊNCIA
<p>Expertise e competência Grupos de trabalho multidisciplinar Reuniões frequentes Satisfação condições trabalho</p>	<p>Condições adaptação e mudança Controle rígido custos Decisões base indicadores Desospitalização Diálogo constante Escritório gerenciamento projetos Foco soluções e melhorias Gestores impulsionam inovação Grupos de trabalho multidisciplinar Ideias soluções tecnológicas Parceria suprir necessidades Prioriza tecnologias de ponta/modernas Reuniões frequentes Visitas técnicas <i>Benchmarking</i></p>	
HOSPITAL	ICOM	IMAGEM INSTITUCIONAL
<p>Déficit custeio Eficiência operacional Falta profissional qualificado Recursos investimento limitados</p>	<p>Área de referência Parceiro privado Projeto PPP Vitrine de excelência</p>	<p>Área de referência Consolidação e credibilidade Destaque Hospital escola qualidade Referência histórica Valores históricos-institucionais Vitrine de excelência</p>
IMPLANTAÇÃO	INOVAÇÃO MUDANÇA PROCESSO	OSID
<p>Capacitação e treinamento Condições adaptação e mudança Conflito e resistência</p>	<p>Atuação Condições adaptação e mudança Escritório gerenciamento projetos Foco soluções e melhorias Gestores impulsionam inovação Ideias, soluções e tecnologias Inovação com tecnologia Inovação estrutura assistência Mudanças com incremento e melhorias Novas tecnologias</p>	<p><i>Book</i> de projetos Consolidação e credibilidade Hospital escola qualidade Planejamento estratégico Referência histórica Valores históricos-institucionais Vitrine de excelência</p>

CAPTAÇÃO	DESAFIOS	ESTRUTURA ASSISTÊNCIA
	Visitas técnicas <i>Benchmarking</i>	
PACIENTE	PPP	REDE
Acolhimento digno Ampliação do atendimento Conforto humanizado Demanda crescente Segurança	Bata branca Bata cinza Investimentos Parceiro privado Projeto PPP	Área de referência Demanda crescente Desafoga Rede/Regulação Efetividade rede primária
SERVIÇO	SESAB	TECNOLOGIA
Aprimoramento das operações Serviços novos e reformulados Acolhimento digno Ampliação do atendimento Conforto humanizado Desafoga Rede/Regulação Destaque Eficiência operacional Segurança	Bata branca Diálogo constante Licitações Olhar diferenciado PPP Bioimagem Projeto PPP	Agilidade diagnóstico Avaliação custo-benefício Capacitação e treinamento Construção e reforma Emendas parlamentares Equipamentos de ponta/modernos Equipamentos novos/substituição Exames de diagnóstico Gestão da informação Giro dos leitos Infraestrutura energia e lógica Inovação com tecnologia Investimentos Licitações Novas tecnologias PPP Bioimagem Prioriza tecnologias de ponta/modernas Qualidade tratamento Redução dos custos Tecnologia melhor Tecnologias da informação Tipos de especialidades e tratamentos Tipos exames de diagnóstico

Fonte: Dados da pesquisa qualitativa (2021).

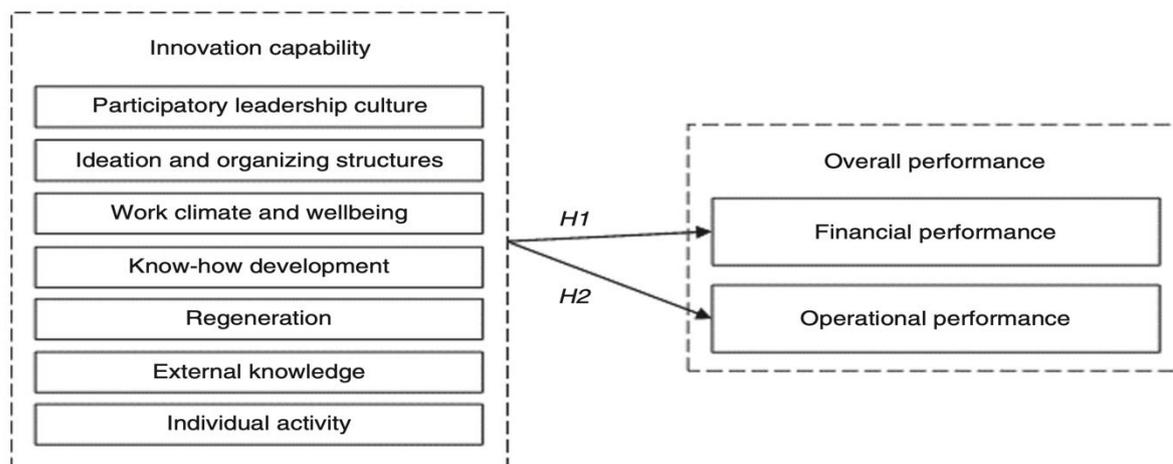
ANEXO A – Modelos Teóricos da Capacidade de Inovação

Figura 44 – Modelo teórico da IC demonstrando as relações hipotéticas



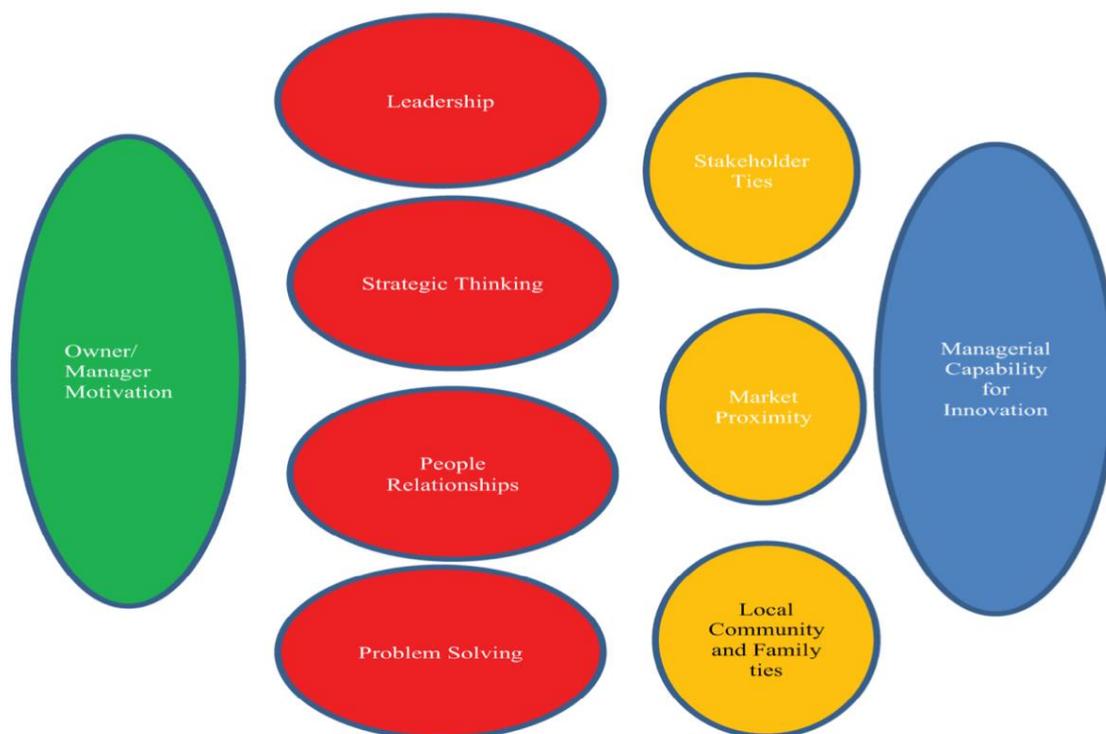
Fonte: Valladares (2012).

Figura 45 – Framework capability for innovation



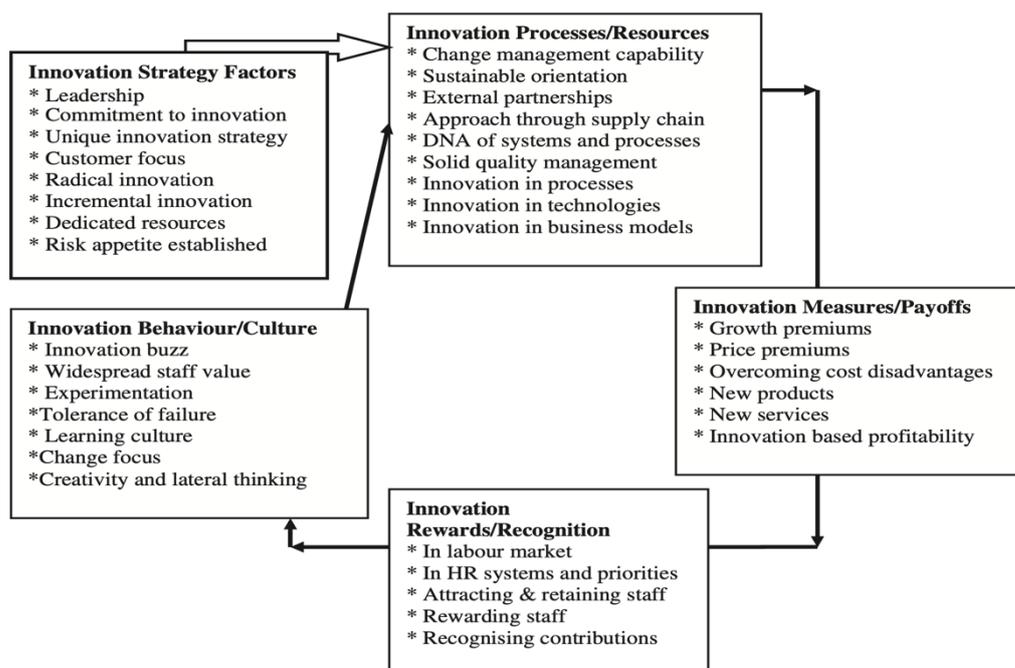
Fonte: Saunila (2014); Saunila e Ukko (2014).

Figura 46 – A model of hotel micro firm managerial capability for innovation



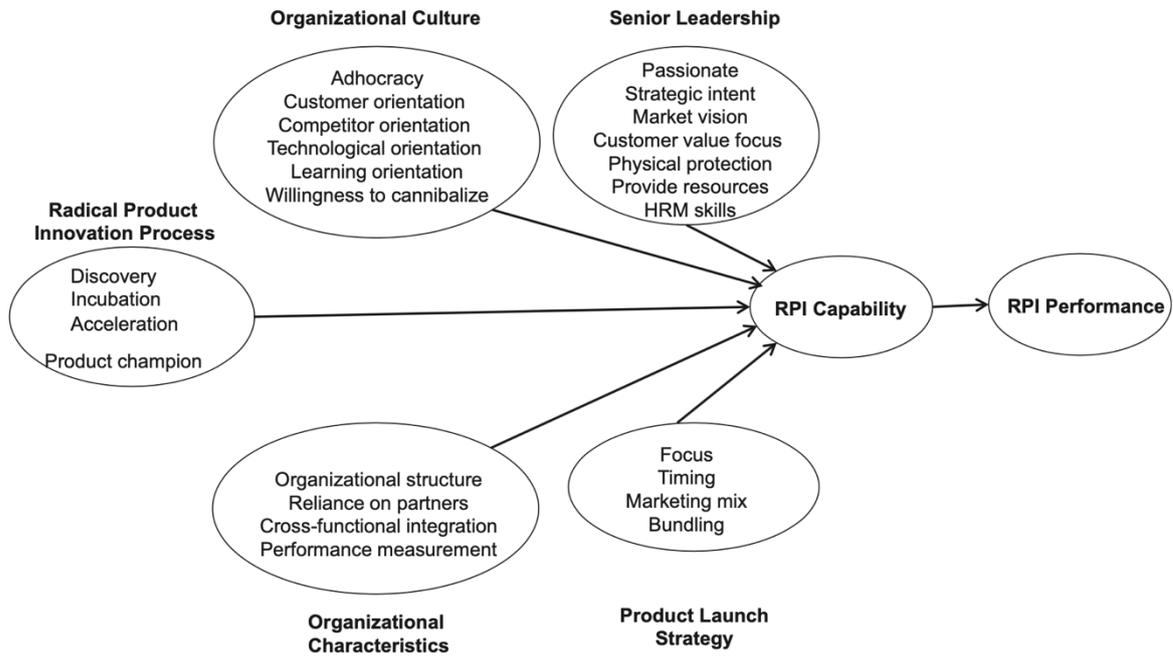
Fonte: Kearney; Harrington; Kekkiher (2014).

Figura 47 – Sustained innovation capability framework



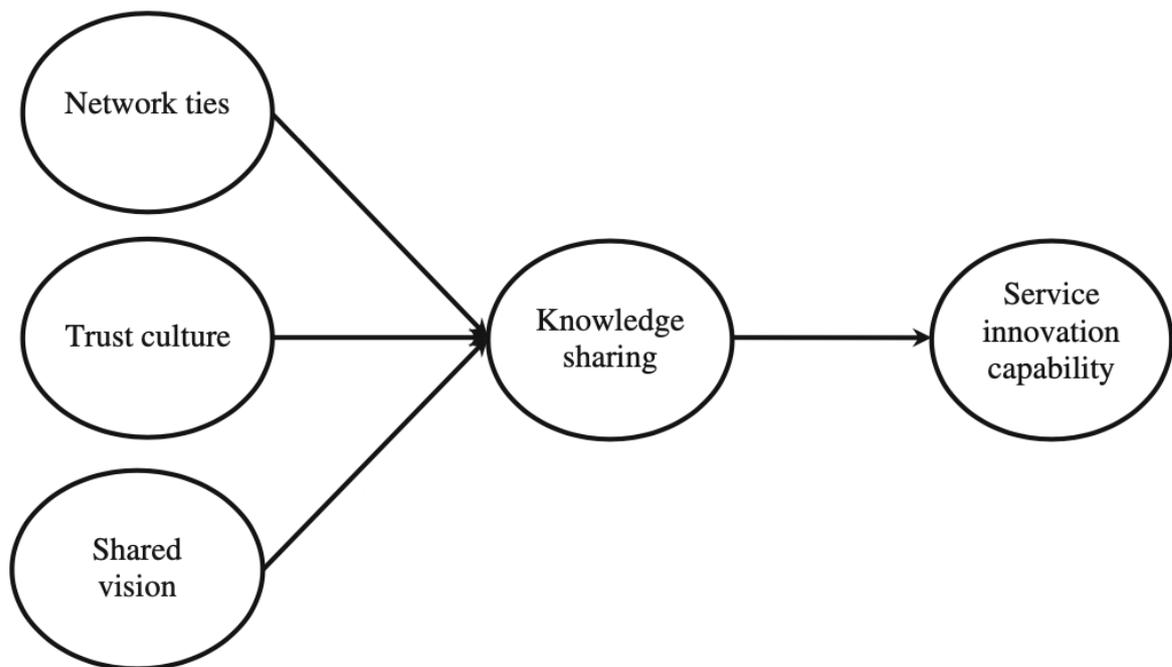
Fonte: Samson;e Gloet (2014).

Figura 48 – Components of a Radical Product Innovation (RPI) Capability



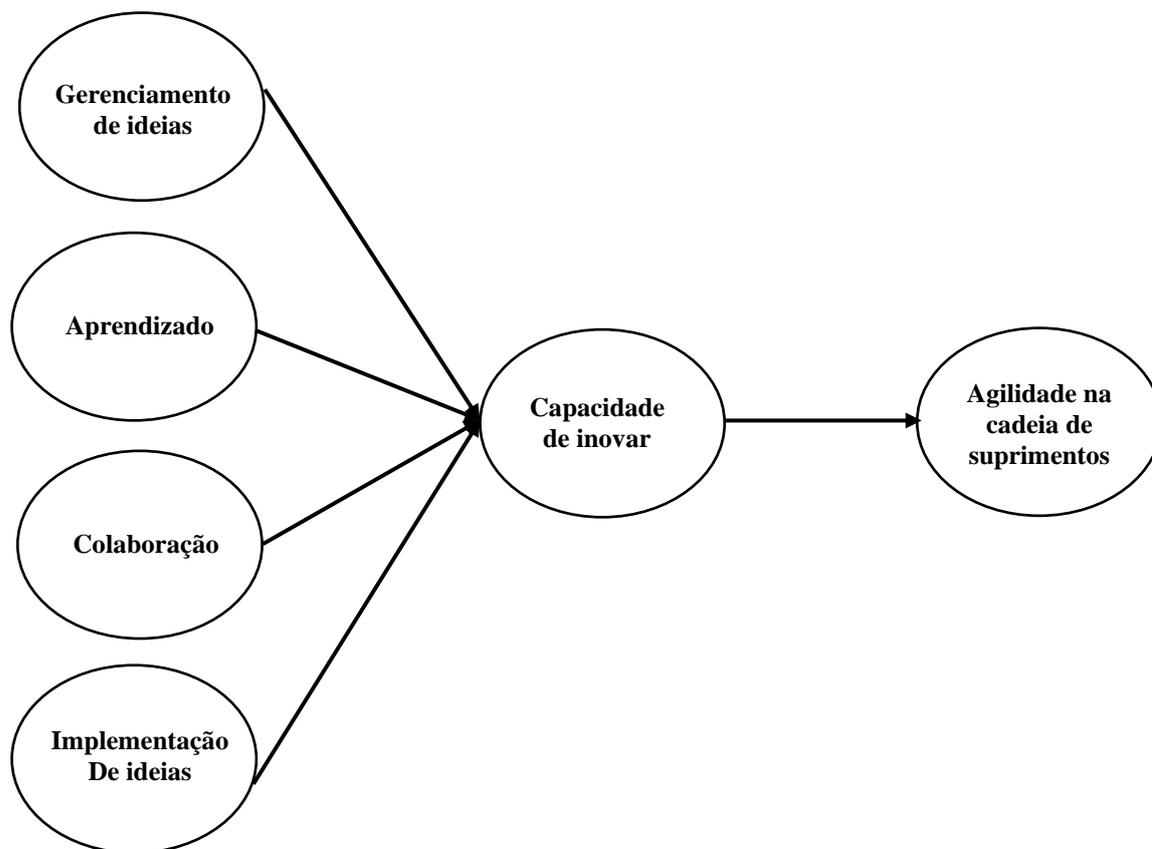
Fonte: Slater; Mohr; Sengupta (2014).

Figura 49 – Structural path coefficients for the theoretical model



Fonte: Tang; Wang; Tang (2015).

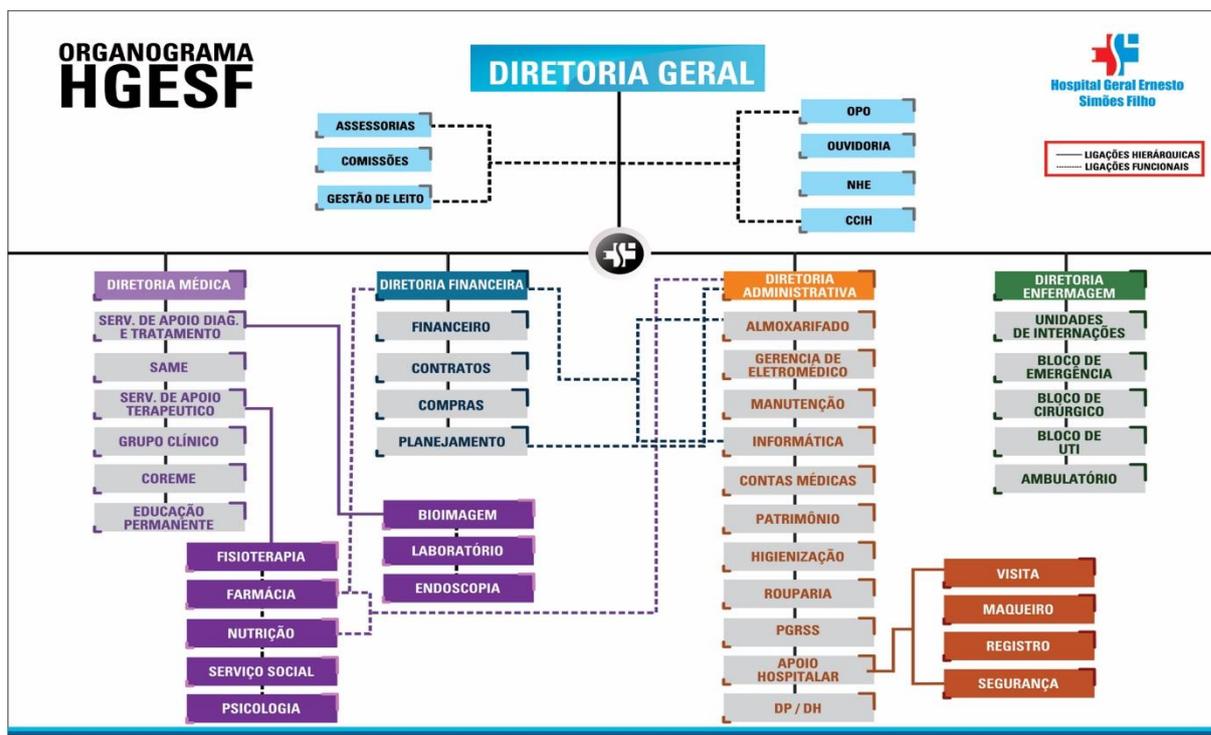
Figura 50 – *Innovation capability construct measures in the context of supply chain*



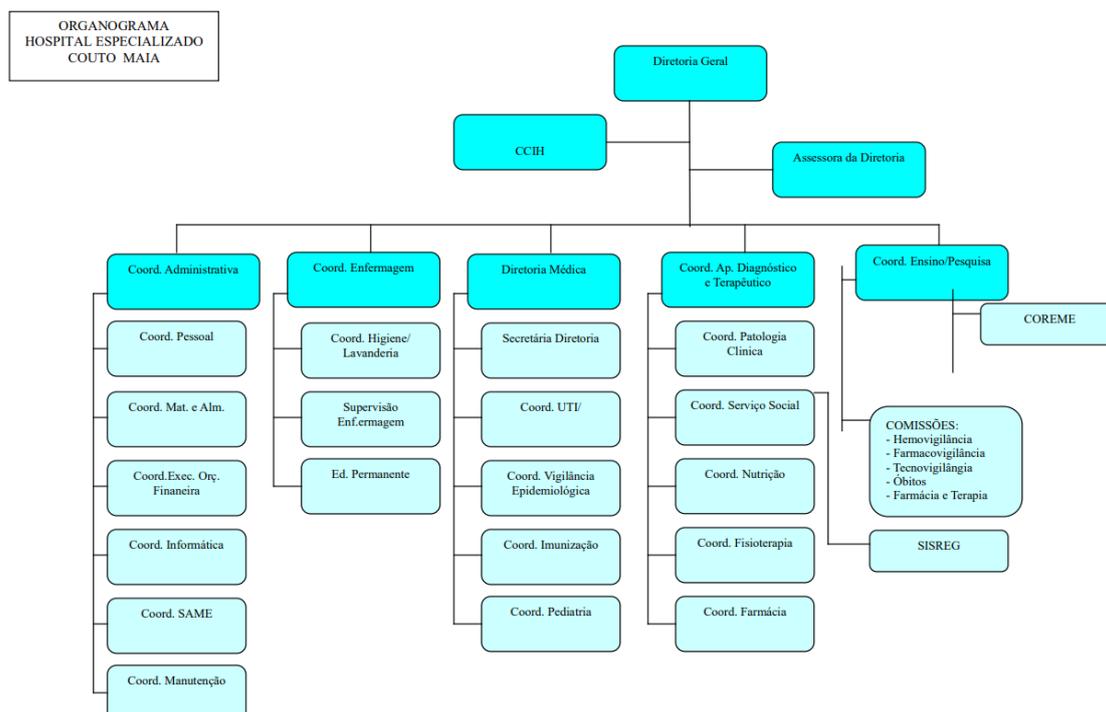
Fonte: Elaborado, a partir dos resultados do estudo de Iddris (2016).

ANEXO B – Organogramas dos Hospitais Analisados

Figura 51 – Organograma do HGESF



Fonte: HGESF (2019).

Figura 52 – Organograma do ICOM¹⁸

Fonte: ICOM (2019).

18 Apesar de ser apresentado como organograma oficial e em fase de ajustes, os cargos de coordenação administrativa e enfermagem são atualmente cargos de direção.

ANEXO C – Documentos dos Atos Preparatórios da Pesquisa

Hospital do Subúrbio (Salvador/BA)

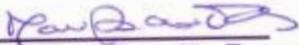
 Hospital do Subúrbio	DECLARAÇÃO
Setor: Ensino e Pesquisa	

Declaração de Anuência do Setor para Coleta de Dados

Declaro que estou de acordo com o trabalho de pesquisa intitulado **"INOVAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE. FATORES DETERMINANTES DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO NOS DIVERSOS MODELOS GERENCIAIS"**, pesquisador responsável: **Prof. Me. Leone Coelho** a ser realizado no Hospital do Subúrbio, e concordo com a realização da coleta de dados nesta instituição após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sem mais.

Salvador, 07 de agosto de 2019.


Dra. Maria Brandão Tavares
Coord. de Ensino e Pesquisa

De: **Maria Brandão Tavares** maria.tavares@prodalsaude.com.br
Assunto: Re: Validação Protocolo e Instrumento de Pesquisa (Questionário) para Tese de Doutorado na UFBA
Data: 19 de agosto de 2019 15:24
Para: leone bagagi leone.bagagi@gmail.com



Boa tarde,

Em relação à validação do instrumento já encaminhei para Dra. Lícia.

Todos os trabalhos realizados no Hospital do Subúrbio deverão ser submetidos também ao CEP da FIOCRUZ/BA que é responsável pela instituição.

Att,

Dra. Maria Brandão Tavares
Coordenadora de Ensino e Pesquisa
Ensino e Pesquisa / COREME
Hospital do Subúrbio
(71) 3217-8706
maria.tavares@prodalsaude.com.br
www.prodalsaude.com.br

19/08/2019

Plataforma Brasil

Saúde



LEONE COELHO BAGAGI - Pesquisador | V3.2

Cadastros

Sua sessão expira em: 38min 18

DETALHAR EMENDA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE - FATORES DETERMINANTES DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO NOS DIFERENTES MODELOS GERENCIAIS
Pesquisador Responsável: LEONE COELHO BAGAGI
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 08842919.2.0000.0052
Submetido em: 08/08/2019
Instituição Proponente: Escola de Administração
Situação da Versão do Projeto: Em Apreciação Ética
Localização atual da Versão do Projeto: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1409171

- DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- ↳ Versão em Tramitação (E1) - Versão 3
 - ↳ Emenda (E1) - Versão 3
 - ↳ Documentos do Projeto
 - ↳ Comprovante de Recepção - Submissão 1
 - ↳ Cronograma - Submissão 1
 - ↳ Declaração de Instituição e Infraestrutura
 - ↳ Declaração de Pesquisadores - Submissão 1
 - ↳ Folha de Rosto - Submissão 1
 - ↳ Informações Básicas do Projeto - Submissão 1
 - ↳ Orçamento - Submissão 1
 - ↳ Outros - Submissão 1
 - ↳ Projeto Detalhado / Brochura Investigação
 - ↳ TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa
 - ↳ Apreciação 1 - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
 - ↳ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 2
 - ↳ Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

- LISTA DE CENTROS PARTICIPANTES E COPARTICIPANTES

Apreciação *	CAAE *	Pesquisador Responsável *	Comitê de Ética *	Instituição *	Situação *	Tipo *
POc		Licia Cavalcanti		PRODAL SAUDE S/A		

- HISTÓRICO DE CENTROS PARTICIPANTES E COPARTICIPANTES DESTA EMENDA

Tipo	CNPJ da Instituição	Razão Social	Situação
Pc	11.943.553/0001-02	PRODAL SAUDE S/A	INCLUÍDO

- HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
E1	16/08/2019 13:54:20	Aceitação do PP	3	Secretária	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB	
E1	08/08/2019 09:27:00	Submetido para avaliação do CEP	3	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB	

Hospital da Mulher (Salvador/BA)

De: Vera Mendes verapeixoto09@gmail.com 
Assunto: Convite e Solicitação
Data: 6 de setembro de 2019 18:37
Para: marcoandrade@iff-ba.gov, marcoandrade@hotmail.com, Leone Coelho Bagagi leone.bagagi@gmail.com, leone.bagagi@univasf.edu.br



Caro Marcos,

Como vai? Sou Vera Mendes, professora da Escola de Administração da UFBA e coordenadora da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (InovarH) e, se não me engano, vc ou seu irmão foi aluno da Especialização em Adm Hosp, numa das primeiras turmas. Assim, convidado o Hospital da Mulher a fazer parte da Rede InovarH, mediante Termo de Adesão.

Por conta do Hospital da Mulher ser um dos últimos a ser inaugurado, ser administrado por OS e ser especializado na atenção à mulher, a banca de a qualificação do meu aluno de Doutorado Leone Bagagi (administrador da Universidade Federal do São Francisco - UNIVASF - Petrolina e que nos lê em cópia) recomendou que a pesquisa de campo sobre "Capacidade de inovação nos serviços de saúde, em diferentes modelos de gestão" seja realizada neste Hospital, que é gerenciado por OS.

O projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pelo Secretário Estadual da Saúde. (anexos)

Por gentileza, vc poderia autorizar o acesso e apoiar o projeto de Leone, acolhendo-o no Hospital? Caso positivo, ele estará em Salvador na semana do dia 10/09, qual ser e o melhor dia e horário para que ele agende contigo e apresente o questionário e a relação de profissionais que o responderão?

Ficamos no aguardo de um retorno e agradecemos.

Cordialmente,
 Vera Mendes (99974 9532)
 Coordenadora da Rede InovarH

--

Dra Vera Mendes
 Profª Titular e pesquisadora EAdm/UFBA
 Av. Reitor Miguel Calmon, S/N Vale do Canela, SSA/BA



Leone Parecer

CONS...(1).pdf



Leone

Declar...(1).pdf

De: Ensino e Pesquisa ensinoepesquisahm@gmail.com
Assunto: Parecer sobre estudo Capacidade de Inovação
Data: 15 de outubro de 2019 13:39
Para: Leone Coelho Bagagi leone.bagagi@gmail.com
Cc: avana.cavalcante@iff-ba.org, marco.aandrade@iff-ba.org

EP

Boa tarde Leone,

após análise da solicitação e estudo encaminhados, para prosseguirmos com o processo faz-se necessário algumas complementações, conforme segue abaixo.

No intuito de otimizar o desenvolvimento da pesquisa, estamos listando os profissionais que irão participar da entrevista e preenchimento do formulário, baseados nos critérios apresentados.

OBSERVAÇÃO E PENDÊNCIAS:

01 - A resposta das alternativas que vão de (1) discordo totalmente a (5) concordo totalmente; **acrescentar o item (6) não desejo responder ou não sei.**

02 - No TCLE acrescentar dois itens a serem assinalados para concordância do sujeito da pesquisa. A seguir:

() Concordo com a entrevista **COM** a gravação de áudio

() Concordo com a entrevista **SEM** a gravação de áudio

Com a resolução das pendências, o estudo poderá ser aprovado para desenvolvimento na instituição. Após ajustes feitos, reenviar formulário e TCLE para este e-mail e tão logo prosseguiremos com agendamento da visita para coleta de dados e liberação do Termo de Anuência.

--

Atenciosamente,

Equipe Ensino e Pesquisa
 IFF - Instituto Fernando Filgueiras
 Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos

Hospital Dom Malam (Petrolina/PE)

De: Leone Coelho Bagagi leone.bagagi@gmail.com 
Assunto: Fwd: Autorização de pesquisa
Data: 3 de dezembro de 2019 12:05
Para: projetoshdmimip@gmail.com



Prezada Rejane, bom dia!

Conforme contato telefônico reencaminho meu projeto para solicitar autorização de pesquisa nesse hospital de referência, por meio de aplicação de questionário e entrevistas com os direitos.

Encaminho em anexo a autorização da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e Parecer do Comitê de Ética da SESAB e Projeto no e-mail encaminhado.

Em função do prazo exíguo eu precisaria iniciar a pesquisa na próxima semana (09/12/2019) com fito de cumprir os prazos do doutorado e, para isso, conto antecipadamente com a compreensão e gentileza de Vossa Senhoria.



PB_PARECER_C
ONSU...(1).pdf



Declaracao_SES
AB.pdf

Cordialmente,

Início da mensagem encaminhada:

De: Leone Coelho Bagagi <leone.bagagi@univasf.edu.br>
Assunto: Autorização de pesquisa
Data: 21 de novembro de 2018 13:22:38 BRT
Para: projetoshdmimip@gmail.com

**ILUSTRÍSSIMO SENHOR SUPERINTENDENTE/DIRETOR DO HOSPITAL
DOM MALAN EM PETROLINA/PE**

Eu, LEONE COELHO BAGAGI, casado, servidor público federal, portador do RG 0951393383 SSP/BA, CPF 031.515.354-70, residente e domiciliado à Rua Um, nº 50, Bairro Jardim Maravilha, Petrolina/PE, advogado e professor do magistério superior, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Administração do NPGA/UFBA, vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria requerer analisar a possibilidade de autorizar e emitir TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL para a realização de pesquisa acadêmica na área de gestão, intitulado de INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – FATORES DETERMINANTES DAS CAPACIDADES DE INOVAÇÃO NOS DIFERENTES MODELOS GERENCIAIS, CONFORME MODELO DE AUTORIZAÇÃO E PROJETO DE PESQUISA EM ANEXO.

De: PROJETO DE PESQUISA HDM/IMIP <projetoshdmimip@gmail.com>
Assunto: Fwd: Autorização de pesquisa
Data: 4 de dezembro de 2019 11:22
Para: leone.bagagi@gmail.com

PH

Bom dia!
 Prezado Leone, segue o parecer do Direção de Ensino e Pesquisa do seu Projeto baseado na documentação enviada.

Att,
 Núcleo de Pesquisa
 HDM/IMIP

----- Forwarded message -----

De: **Diretoria de Ensino - HDM** <dir.ensino@hdm.imip.org.br>
 Date: qua., 4 de dez. de 2019 às 10:40
 Subject: RE: Autorização de pesquisa
 To: PROJETO DE PESQUISA HDM/IMIP <projetoshdmimip@gmail.com>
 Cc: Etíel Lins <etiel.lins@hdm.imip.org.br>, Ivette Buril <ivette.buril@imip.org.br>

Bom dia Rejane

Conforme consta no parecer consubstanciado do CEP em anexo, o projeto em análise refere-se à inovação em gestão em serviços de saúde e irá analisar a gestão de serviços de saúde no SUS Bahia tais como a Organização Social (OS), a Parceria Público Privada (PPP) e a Fundação Pública de Direito Privado, envolvendo assim três instituições sob gestão indireta da rede SESAB, a saber: Hospital da Mulher – Maria Luiza Costa Santos; o Hospital do Subúrbio; e a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-Ba).

Diante do exposto entendemos que o HDM/IMIP não está contemplado com objeto de pesquisa e também não dispomos de autorização da SES- Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco para participação da mesma.
 Att,

Angélica C. Guimarães
 Diretoria de Ensino e Pesquisa
 HDM/Gestão IMIP
 Fone: 87 8865-4545

De: PROJETO DE PESQUISA HDM/IMIP <projetoshdmimip@gmail.com>
Enviado: quarta-feira, 4 de dezembro de 2019 09:31
Para: Diretoria de Ensino - HDM <dir.ensino@hdm.imip.org.br>
Assunto: Fwd: Autorização de pesquisa

Bom dia!
 Dra. Angélica, estou com dúvida em relação a esse projeto.

Att,
 Núcleo de Pesquisa
 HDM/IMIP

----- Forwarded message -----

De: **Leone Coelho Bagagi** <leone.bagagi@gmail.com>
 Date: ter., 3 de dez. de 2019 às 12:05
 Subject: Fwd: Autorização de pesquisa
 To: <projetoshdmimip@gmail.com>

Prezada Rejane, bom dia!

Conforme contato telefônico reencaminhei meu projeto para solicitar autorização de pesquisa nesse hospital de referência, por meio de aplicação de questionário e entrevistas com os direitos.

Encaminhei em anexo a autorização da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e Parecer do Comitê de Ética da SESAB e Projeto no e-mail encaminhado.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (São Paulo/SP)

Hospital Albert Einstein

De: Eliseth Ribeiro Leao eliseth.leao@einstein.br
www.einstein.br/ a em Parceria com a Escola de Administração da UFBA
De 2019 11:54
Para: Leone Coelho Bagagi leone.bagagi@gmail.com

EL

Olá Leone,

Obrigada pelo contato.

As pesquisas desenvolvidas no HIAE devem ter um sponsor interno, pois temos todo um processo de aprovação que só pode ser realizado por colaboradores da instituição, assim como a emissão de relatórios regulares. Ou seja, os projetos são realizados somente em parceria.

Você precisaria me indicar alguém, a priori, para ver se há interesse na condução conjunta do projeto (mesmo que seja seu doutorado), com posterior publicação em parceria. Me diga se tem alguém em mente, para que eu possa direcioná-lo melhor.

Att.

Profª Drª Eliseth Ribeiro Leão

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa

Tel.: 11 2151-0000 • Ramal: 71032

E-mail: eliseth.leao@einstein.br

www.einstein.br

De: Leone Coelho Bagagi [<mailto:leone.bagagi@gmail.com>]

Enviada em: segunda-feira, 7 de outubro de 2019 11:44

Para: Eliseth Ribeiro Leao

Assunto: Pesquisa em Parceria com a Escola de Administração da UFBA

ATENÇÃO: este e-mail tem como origem um remetente que não é do EINSTEIN.

NÃO CLIQUE em links e anexos de remetentes desconhecidos ou que não tenha certeza de que o conteúdo é seguro.

Prezado(a) bom dia!

Sou Leone Coelho Bagagi, doutorando em Administração pela Escola de Administração da UFBA, estou realizando uma pesquisa sobre inovação em serviços de saúde com foco nos fatores que determinam a capacidade de inovar em três modelos de gestão (Parceria Público-Privado, Organização Social de Saúde e da Administração Pública Direta) de hospitais de referência na Bahia selecionados pela Secretaria de Saúde da Bahia e a Rede Inovarh da UFBA.

Contudo, gostaria de ampliar essa pesquisa para outros modelos de gestão, nesse sentido, gostaria de estabelecer esse contato para solicitar a Vossa Senhoria analisar a possibilidade de autorizar realizar essa pesquisa,

também, nesse hospital de excelência e pela capacidade reconhecida de inovar no Brasil, como é o caso desse renomado Hospital Albert Einstein. O protocolo metodológico da pesquisa consiste em aplicar um questionário com 65 quesitos sobre o tema e tentar recolher um número amostral entre 170 a 200 nos setores administrativos e assistenciais. Após essa etapa de identificação dos fatores relevantes iniciaria a fase qualitativa com a realização de entrevistas junto às Diretorias Geral, Médica, Enfermagem e Administração para identificar as condições e suas relações que contribuíram para o destaque desses fatores identificados no tratamento estatístico.

Desde já agradeço antecipadamente a sua gentileza e disposição.

Respeitosamente,

Leone Coelho Bagagi

Doutorando em Administração – NPGA/UFBA

Hospital Universitário da UNIVASF (Petrolina/PE)

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Comitê de Ética da UNIVASF

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
FATORES DETERMINANTES DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO NOS DIFERENTES
MODELOS GERENCIAIS

Pesquisador: LEONE COELHO BAGAGI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97326718.9.0000.5196

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.930.350

Apresentação do Projeto:

1. O projeto de pesquisa está ligado ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da UFBA e a sua equipe executora é composta por LEONE COELHO BAGAGI e VERA LÚCIA PEIXOTO SANTOS MENDES (Orientadora). O projeto contempla todas as seções essenciais para a análise ética.

1.1 Uma vez que este projeto vincula-se a curso de pós-graduação, terá chancela institucional da IES que oferece o curso e, portanto, deve ser submetido tendo a Ufba como instituição proponente e a análise ética deverá ser realizada pelo CEP daquela instituição.

O projeto deve, portanto ser retirado e ressubmetido com a correta instituição proponente.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto deve ser retirado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto deve ser retirado.

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cedep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 2.930.350

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto deve ser retirado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto deve ser retirado.

Recomendações:

O projeto deve ser retirado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto deve ser retirado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto vincula-se a núcleo de pós-graduação da Ufba e, portanto, deve ser analisado por CEP daquela instituição e não da Univasf, que não possui nenhuma relação com o projeto. É necessário retirar o projeto para submissão com a instituição proponente adequada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1211306.pdf	31/08/2018 15:03:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_LeoneCoelhoBagagi_Comitetica Detalhado.docx	31/08/2018 15:03:11	LEONE COELHO BAGAGI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ProjetoLeone.docx	31/08/2018 15:02:36	LEONE COELHO BAGAGI	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/08/2018 14:56:04	LEONE COELHO BAGAGI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoConfidencialidade.pdf	31/08/2018 14:55:54	LEONE COELHO BAGAGI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoCompromissoPesquisador.pdf	31/08/2018 14:55:39	LEONE COELHO BAGAGI	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto3.pdf	31/08/2018 14:55:26	LEONE COELHO BAGAGI	Aceito
Cronograma	Cronograma_Comite_Etica_ProjetoLeone.docx	31/08/2018 14:45:09	LEONE COELHO BAGAGI	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_LeoneCoelhoBagagi_Comiteti	31/08/2018	LEONE COELHO	Aceito

Endereço: Avenida José de Sá Manicoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cedep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 2.930.350

Brochura Pesquisa	ca.docx	14:43:52	BAGAGI	Aceito
-------------------	---------	----------	--------	--------

Situação do Parecer:

Retirado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PETROLINA, 01 de Outubro de 2018

Assinado por:
Luciana Duccini
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cedep@univasf.edu.br

Hospital Manoel Vitorino (Salvador/BA)

De: Prof. Leone Bagagi leone.bagagi@facaape.br 
Assunto: Requerimento de Autorização Coleta de Dados Pesquisa Inovação em Saúde
Data: 24 de outubro de 2019 12:13
Para: hmv.diretoria@yahoo.com.br
Cc: Vera Lucia Peixoto S Mendes vmendes@ufba.br



Prezado Senhor Dr. Daniel Alencar
Diretor do Hospital Manoel Vitorino

Prezado Diretor,

Venho por meio deste solicitar a sua autorização para que o meu orientando do Curso de Doutorado, administrador Leone Bagagi (da Universidade Federal do São Francisco – UNIVASF, campus Petrolina) realize a coleta de dados, mediante aplicação de questionário junto aos profissionais de saúde e de setores administrativos e realização de entrevistas com gestores estratégicos, indicados por esse hospital de referência no Estado da Bahia.

Trata-se de uma pesquisa sobre "Capacidades de inovação nos diferentes modelos de gestão no setor público de saúde", cujo objetivo é identificar fatores determinantes da capacidade de inovação aplicáveis às organizações prestadoras de serviços de saúde para caracterizar e analisar em que medida essas competências e práticas de gestão impulsionam o desenvolvimento da inovação no setor de saúde.

Na oportunidade informamos que o questionário já fora validado por um Comitê Nacional de Experts sobre capacidade de Inovação em Serviços de saúde, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde (conforme Portaria do Conselho Nacional de Saúde) e pela SESAB, aplicado em outros hospitais e, por estas razões, não é possível modificá-lo. Outrossim informamos ainda que a pesquisa tem finalidades meramente científica e acadêmica, sendo garantidos o anonimato dos Hospitais e dos respondentes.

Ficamos no aguardo de um retorno e, desde já, agradecemos a atenção e a disposição em contribuir para essa importante área de conhecimento que é a Inovação nos Serviços de Saúde.

Encaminhamos em anexo o Ofício da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (InovarH) da Escola de Administração da UFBA, o Parecer do Comitê de Ética da SESAB com o detalhamento da pesquisa e a Autorização da SESAB.



Declaracao_SES
AB.pdf



PB_PARECER_C
ONSU...(1).pdf

Atenciosamente,

Leone Coelho Bagagi
Doutorando em Administração - NPGA/UFBA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DA UFBA
Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar

Ofício n. 43/2019

Salvador, 24 de outubro de 2019

Ilmo. Dr Daniel Alencar

M. D. Diretor do Hospital Manoel Vitorino

Assunto: Requerimento de autorização coleta de dados Pesquisa Inovação em Saúde

Prezado Diretor,

Venho por meio deste solicitar a sua autorização para que o meu orientando do Curso de Doutorado, administrador Leone Bagagi (da Universidade Federal do São Francisco – UNIVASF, campus Petrolina) realize a coleta de dados, mediante aplicação de questionário junto aos profissionais de saúde e de setores administrativos e realize entrevistas com gestores estratégicos, indicados por esse hospital de referência no Estado da Bahia.

Trata-se de uma pesquisa sobre “Capacidades de inovação nos diferentes modelos de gestão no setor público de saúde”, cujo objetivo é identificar fatores determinantes da capacidade de inovação aplicáveis às organizações prestadoras de serviços de saúde para caracterizar e analisar em que medida essas competências e práticas de gestão impulsionam o desenvolvimento da inovação no setor de saúde.

Na oportunidade informamos que o questionário já fora validado por um Comitê Nacional de Experts sobre capacidade de Inovação em Serviços de saúde, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde (conforme Portaria do Conselho Nacional de Saúde) e pela SESAB, aplicado em outros hospitais e, por estas razões, não é possível modificá-lo. Outrossim informamos ainda que a pesquisa tem finalidades meramente científica e acadêmica, sendo garantidos o anonimato dos Hospitais e dos respondentes.

Ficamos no aguardo de um retorno e, desde já, agradecemos a atenção e a disposição em contribuir para essa importante área de conhecimento que é a Inovação nos Serviços de Saúde.

Atenciosamente,

Prof. Dr.ª. Vera Lúcia Peixoto S. Mendes

Orientadora