

**A CONTRIBUIÇÃO DA INOVAÇÃO PARA A COMPETITIVIDADE DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVO-OPERACIONAIS HOSPITALARES PRESTADOS ÀS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE.**

**THE CONTRIBUTION OF INNOVATION TO THE COMPETITIVENESS OF HOSPITAL ADMINISTRATIVE-OPERATIONAL SERVICES PROVIDED TO HEALTH PLAN OPERATORS.**

**LA CONTRIBUCIÓN DE LA INNOVACIÓN A LA COMPETITIVIDAD DE LOS SERVICIOS ADMINISTRATIVOS-OPERACIONALES DEL HOSPITAL PROPORCIONADOS A LOS OPERADORES DEL PLAN DE SALUD.**

**João Batista Auad**  
Centro Universitário UNA  
joao.auad@gmail.com

**Rafael Oliveira de Ávila**  
Ânima Educação  
rafael.avila@animaeducacao.com.br



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License  
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License

## RESUMO

Esta pesquisa teve como principal objetivo analisar como as instituições hospitalares utilizam a inovação dos processos para promover maior competitividade dos serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos de saúde. Para a abordagem deste estudo optou-se por uma pesquisa qualitativa, com fins descritivos, por meio de estudo de casos múltiplos, tendo como procedimento técnico a análise de conteúdo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em seis hospitais privados da região metropolitana de Belo Horizonte no período de dezembro/2016-janeiro/2017. Os resultados apresentados revelam que a utilização da inovação é realizada nos hospitais pesquisados de forma incipiente, não sistemática e intencional. As categorias de Custeio, de Compras, de Gestão dos leitos, de Faturamento e de Atendimento tiveram resultados satisfatórios ofertando benefícios para as operadoras de planos de saúde. Porém, as categorias de Estoques, Fluxo financeiro, Estrutura de redes e de computadores e Política de recursos humanos não foram satisfatórios, não ofertando benefícios para as operadoras de planos de saúde.

**Palavras-chave:** Inovação. Competitividade. Custos.

## ABSTRACT

The present research aimed to assess how process innovations are used by hospital institutions to foster greater competitiveness of administrative and operational services provided by hospitals to health insurance providers. This study uses a qualitative descriptive design based on the assessment of multiple cases and content analysis as technical procedure. Semi-structured interviews were carried out in six private hospitals within the Belo Horizonte metropolitan area, from December 2016 through January 2017. The study shows that these hospitals have been using innovations in a rather incipient way and, therefore, not in a systematic and purposeful way. The study also shows that the Costing System, Purchase System, Bed Management System or Control, Billing Process, and Patient Service categories had positive results and generated benefits for health insurance providers. Nevertheless, the Inventory Control System, Cash Flow, Computer Network Structure, and Human Resources Policy categories showed non-satisfactory results as they do not generate benefits for health insurance providers.

**Keywords:** Innovation. Competitiveness. Costs.

## RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue analizar cómo las instituciones hospitalarias utilizan la innovación de procesos para promover una mayor competitividad en los servicios administrativos-operativos hospitalarios prestados a los operadores de planes de salud. Para abordar este estudio, se eligió una investigación cualitativa, con fines descriptivos, a través de múltiples estudios de casos, con análisis de contenido como procedimiento técnico. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas en seis hospitales privados de la región metropolitana de Belo Horizonte en el período de diciembre de 2016 a enero de 2017. Los resultados presentados revelan que el uso de la innovación se lleva a cabo en los hospitales encuestados de forma incipiente, no sistemática e intencional. Las categorías de costos, compras, administración de camas, facturación y servicio tuvieron resultados satisfactorios que ofrecieron beneficios a los operadores de planes de salud. Sin embargo, las categorías de inventarios, flujo financiero, estructura de red e informática y política de recursos humanos no fueron satisfactorias y no ofrecieron beneficios a los operadores de planes de salud.

**Palabras clave:** Innovación. Competitividad. Costos.

## INTRODUÇÃO

Desde o final da década de 1980, ocorreram no Brasil fundamentais mudanças na área de saúde e na área econômico-financeira. Principalmente a partir do início da década de 1990, desenvolveu-se uma extensa regulamentação legal na área econômica e na de prestação de serviços em saúde e hospitalar. Em 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pelo governo federal para regular o mercado de prestação de serviços de saúde e hospitalar pelas operadoras de planos de saúde (OPSs).

O grande desafio à época era gerenciar os altos custos de produção apresentados pelos prestadores de serviços, seja pela aquisição de materiais médico-hospitalares e medicamentos

(MAT/MED), em especial as de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), seja pela obtenção de equipamentos de última geração, incorporando alto custo pela tecnologia adquirida.

Considerando-se, ainda, que o mercado tomador – formado pelas OPS – é oligopolizado, gerenciando (tabelando) os preços pagos aos hospitais e a outros prestadores de serviços da rede hospitalar, como os serviços de imagens e os exames de laboratórios, houve redução considerável da rentabilidade desses serviços – razão do valor de venda pelo valor da aquisição. Tem-se, então, um desequilíbrio financeiro – o valor dos custos da produção hospitalar é maior que o valor pago por essa mesma produção, pelas OPS. Na busca do equilíbrio do fluxo de caixa, os hospitais buscam financiamento de recursos no mercado financeiro, onerando seu custo – pagam-se juros sobre o financiamento, porém essa ação se torna necessária para que os serviços hospitalares não sejam interrompidos com prejuízos para a população.

Todos esses fatos refletem na gestão e na estrutura hospitalar, no resultado econômico-financeiro e, também, na prestação de serviços, mais especificamente nos serviços administrativo-operacionais. Neste estudo foram adotados os seguintes serviços: gestão de custos, aquisições de materiais médico-hospitalares (MAT/MED) e as órteses e próteses e materiais especiais (OPME), e de outros materiais; controle de estoques, gestão dos leitos e das salas do bloco cirúrgico, estrutura de redes e de computadores, gestão de recursos humanos e processo de atendimento, prestados pelos hospitais às operadoras. Muitas vezes, esses serviços resultam em uma rentabilidade negativa, ou seja, o valor recebido não cobre o custo dos produtos consumidos ou dos serviços prestados, como por exemplo: medicamentos, contrastes para exames de imagens, fios cirúrgicos, agulhas; e também os custos dos serviços de uma diária de apartamento ou enfermaria, de uma taxa de sala – custo da hora do centro cirúrgico –, e de uma taxa de atendimento no pronto-socorro. Conseqüentemente, isso provoca um desequilíbrio financeiro, já comentado, tornando os hospitais insustentáveis ao longo do tempo.

Nesse cenário, torna-se importante a implantação da inovação nos hospitais, que conforme Edersheim (2007), pode acontecer em todas as organizações, ao seu tempo, seja pela melhoria de processos, ou pela capacitação de pessoas; ou, ainda, pela aquisição de novos equipamentos com novas tecnologias ou mesmo a forma de pensar o negócio e de fazer as coisas acontecerem. Tudo isso vai refletir em maior competitividade dos serviços administrativo-operacionais hospitalares (SAOH) prestados às operadoras de planos de saúde, pois, para isso, conforme Macedo (2012) e Wanke (2013), as empresas precisam ter eficiência e produtividade em seus processos.

O objetivo desta pesquisa foi encontrar respostas para a seguinte questão: “Como a inovação contribui para a competitividade dos serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos de saúde?”

Para este estudo, será adotada a inovação dos processos. Os serviços administrativo-operacionais hospitalares (SAOH) prestados são contemplados com os seguintes processos: 1) gestão de custos; 2) compras de produtos; 3) controle de estoques; 4) gestão de leitos e das salas do centro cirúrgico; (5) processo de faturamento; 6) fluxo financeiro; 7) estrutura de redes e de computadores; 8) política de recursos humanos; e 9) processo de atendimento. Os resultados devem trazer respostas para os objetivos propostos a seguir, mapeando como as instituições hospitalares utilizam a inovação dos processos para promover maior competitividade dos SAOH prestados às operadoras de planos de saúde, considerando-se as seguintes ações:

1. identificar as práticas de inovação na gestão dos serviços administrativo-operacionais hospitalares das instituições analisadas;
2. verificar se a otimização dos custos mediante a inovação nos processos eleva a competitividade dos serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos de saúde;
3. inferir, com base na análise da tríade inovação-competitividade-custos, quais são os benefícios ofertados às operadoras de planos de saúde.

Este estudo foi estruturado com a finalidade de contribuir para as organizações de saúde e hospitalares privadas, mapeando, identificando, verificando e inferindo como a inovação dos processos

coopera para a otimização dos custos e maior competitividade dos serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos de saúde.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### Inovação

Conforme Porter e Teisberg (2006), a inovação é fundamental para a melhoria do valor, tanto em novos processos, como em novas tecnologias e novas estruturas organizacionais. Nesse sentido, sempre visando a atender ou mesmo superar as expectativas dos clientes.

Sobre essas afirmações dos autores mencionados, deve-se considerar que a inovação, conforme Edersheim (2007), pode acontecer em todas as organizações, ao seu tempo, seja pela melhoria de processos ou pela capacitação de pessoas ou pela aquisição de novos equipamentos com novas tecnologias.

Ainda, conforme Pereira, Campos e Bersan (2013), a inovação pode acontecer de diversas formas: pelos investimentos em processos internos de pesquisa e desenvolvimento, pela aquisição de tecnologia desenvolvida por outras empresas, por meio de redes de cooperação, em parceria com universidades e centros de pesquisa ou por meio de interação com usuários, dentre outras: 1) Inovação de produtos: incremento tecnológico; 2) Inovação de processos: adequação dos meios de produção; 3) Inovação da gestão: ações de aprimoramento; 4) Inovação de mercados: identificação de oportunidades.

A inovação traz consigo ainda uma compreensão do negócio. A sua visão convencional, concentrada exclusivamente no desenvolvimento de produtos ou em extensão de marcas, pode não ser a melhor opção. A inovação não é o abandono de tudo que fazemos hoje, pois haveria uma certa anarquia, porém, preservar tudo significaria levar o negócio à falência (EDERSHEIM, 2007). A inovação, nesse contexto não tem um caráter disruptivo, mas pode ser considerado uma forma de aprimoramento do processo.

A inovação tecnológica pode acontecer tanto nos processos como nos produtos, podendo ser 1) disruptiva ou radical: novos produtos, processos ou serviços; 2) incremental: otimizar os produtos, processos ou serviços já existentes; e 3) Modelo de negócio: novas formas de ofertar valor para o cliente. Atividades inovativas são as tarefas – tecnológicas, científicas e organizacionais – que resultam em produtos/serviços ou processos, tanto desenvolvidas na própria empresa como trazidas de outras (PEREIRA; CAMPOS; BERSAN, 2013).

Em uma outra perspectiva acerca da inovação, os autores Christensen, Grossman e Hwang, (2009, p. 41) apontam ruptura como resultado de um processo inovador “capaz de tornar as coisas mais simples e disponíveis. E 'Tecnologia' é uma maneira de combinar insumos (*inputs*) de materiais, componentes, informação, mão de obra e energia com produtos (*outputs*) de maior valor”.

Por outro lado, a substituição de antigos produtos e hábitos de consumo por novos é caracterizado como o processo de desenvolvimento econômico, denominado como a “destruição criadora” (SCHUMPETER, 1997).

Numa visão mais ampla sobre inovação tecnológica, tem-se em Christensen, Grossman e Hwang (2009, p.75) que:

O termo 'tecnologia' que aqui utilizamos pode ser uma nova peça de maquinário, um novo processo de produção, uma equação matemática ou o conhecimento acumulado acerca de um caminho molecular. Entretanto, no centro dessa evolução operacional estão a conversão de processos complexos e intuitivos em tarefas simples, baseadas em regras, e a transferência desse trabalho das mãos de experts caros e altamente qualificados para as de técnicas mais baratas.

Conforme Tidd e Bessant (2015), a inovação pode ser dividida em quatro dimensões: 1) inovação do produto: melhorias nos produtos ou serviços que a empresa já oferece; 2) inovação de processo: melhoria na forma como os produtos ou serviços são criados e entregues; 3) inovação de

posição: mudanças no contexto em que os produtos ou serviços são entregues; e 4) inovação de paradigma: mudança nos modelos mentais subjacentes que orientam o que a empresa faz.

Existem oportunidades para grandes melhorias na assistência à saúde e em seu gerenciamento, por meio de novas tecnologias, de novas maneiras de organizar, mensurar e gerenciar a prestação dos serviços de saúde, tornando-os mais eficientes e eficazes na utilização da tecnologia, mas, principalmente, na melhoria da gestão (PORTER; TEISBERG, 2006).

Sobre este aspecto, Pereira, Campos e Bersan (2013, p.2), afirmam que

O setor saúde apresenta relevante caráter sistêmico ligado à geração de inovações, como a tentativa de reverter a atual tendência de aumento dos custos em saúde, as necessidades de criar novas formas de organização dos serviços e ainda a crescente disponibilidade de recursos para pesquisa e desenvolvimento, que unem atores diversos – universidades, governo, empresas, instituições públicas e privadas – em torno do processo inovativo.

Nesse contexto, Cobaito (2012) afirma que, em termos de gestão, as organizações de saúde e hospitalares, a partir de melhorias nos arranjos organizacionais e práticas de gerenciamento de processos internos, podem ser convertidas em centros eficazes para oferecer valor a seus clientes.

A dinâmica da inovação dos serviços é protagonizada pelos hospitais que desempenham atividades mais complexas, pois seus recursos são mais especializados, modernos e de densas tecnologias. Apesar dessa importância, os estudos sobre inovação em serviços de saúde, de maneira geral, e sobre a dinâmica da inovação hospitalar, em particular, ainda são incipientes, sugerindo que é desafiante a busca persistente por novos conhecimentos (BARBOSA; GADELHA, 2012).

Nesse cenário, a decisão das empresas de investir em inovação está relacionada à necessidade de se sustentarem em um mercado tão competitivo, buscando vantagens competitivas com novos produtos, processos e capacitação das pessoas, alocando recursos em atividades e oportunidades tecnológicas não exploradas (PEREIRA, CAMPOS, BERSAN, 2013).

## Competitividade

Para obter competitividade, é necessário que a empresa tenha eficiência e produtividade e, para tanto, conforme Wanke (2013), é necessário ter uma logística interna de vanguarda que é constituída por três dimensões: 1) o grau de formalização da organização: composto pelos setores e seus processos; 2) o uso de tecnologia da informação: para ganhos de eficiência e 3) o uso de indicadores para monitorar o desempenho das atividades, a fim de medir a produtividade interna que, de acordo com Macedo (2012, p. 110) é, “Atualmente, sem produtividade ou sem a eficiência do processo produtivo, dificilmente uma empresa vai ser bem-sucedida ou até mesmo sobreviver no mercado”.

A competitividade estabelece relação com a inovação, à medida que, de acordo com Schumpeter (1997), estas se interrelacionam com a criação de novos mercados e a ação de empreendedor, via de regra, inicia a mudança econômica e os consumidores são por ele educados, ou seja, ensinados a desejar novas coisas ou coisas diferentes daquelas que têm o hábito de consumir.

A concepção de produtividade é vista sob outra perspectiva, desta vez, por meio de Macedo (2012, p. 112), da seguinte forma:

O conceito de produtividade restrito ao processo de produção aparentemente é mais adequado à avaliação da eficiência de desempenho de empresas que atuam em “mercados cativos”, ou seja, em mercados de compras e vendas relativamente fechados à concorrência e com maior grau de controle por parte da empresa.

Ainda, conforme Brito, R. e Brito, L. (2012), esses resultados de desempenho, ou seja, sua dimensão e suas influências ocorrem na eficácia organizacional e nos resultados da empresa, envolvendo aspectos socio-ambientais impostos pelos *stakeholders*, visando à sobrevivência da empresa.

A competitividade pela criação de valor nas organizações, conforme Christensen, Grossman e Hwang (2009), acontece com processos que agregam valor – por meio da utilização e transformação de recursos, tais como pessoas, materiais, energia, equipamentos, informação e comunicação –, em produtos e/ou serviços de maior valor.

Ratificando o que foi dito pelos autores acima, Macedo (2012, p. 113-114) complementa que:

Produtividade vai além dos aspectos restritos ao processo de produção, pois a geração de valor também depende fundamentalmente das demais etapas do processo produtivo: a compra de bens e serviços intermediários e a venda dos bens e serviços que a empresa produz. Se a estratégia de compras da empresa (quantidade, qualidade, relação com fornecedores, logística de suprimentos, etc.) é inadequada e/ou a sua estratégia e resultados de mercado (logística de distribuição, volume de vendas, *mark-up*, *market share*, relação com clientes, etc.) são problemáticos, a eficiência de seu processo produtivo pode ficar comprometida, apesar da excelência que possa ter no seu processo de produção.

Isidro-Filho *et al* (2013) esclarecem que as competências profissionais são importantes para facilitar o processo de inovação e das mudanças organizacionais que representam o resultado combinado de novos padrões comportamentais, atitudes, valores, habilidades e conhecimentos, o que é contemplado por Porter e Teisberg (2006), quando citam que, para maior competitividade, estratégias, estruturas e a prestação de serviços devem estar alinhadas ao valor, ou seja, os processos devem estar otimizados e informatizados e a educação continuada tem de focar todos os níveis profissionais – administrativos e operacionais.

A competitividade pela vantagem competitiva é atribuída por Porter e Teisberg (2006) às empresas com desempenho superior, isto é, aquelas com capacidade de criação de valor acima da média de seus concorrentes.

A competitividade pelas competências tecnológicas, conforme citado por Souza, Segatto-Mendes (2008), depende de recursos inovadores para gerar e gerenciar as mudanças, dentre os quais, aptidões, conhecimentos, experiências e sistemas operacionais. Além disso, ainda conforme o autor, são necessárias, também, as habilidades empresariais para promover melhorias internas em diferentes funções tecnológicas.

No que diz respeito a essas competências tecnológicas, Porter e Teisberg (2006, p. 77), remetem-nos à seguinte reflexão:

Num mercado competitivo, a difusão da tecnologia e a crescente oferta desses serviços causariam a queda dos seus preços com o passar do tempo. Contudo, na assistência à saúde, os preços não foram reduzidos porque os pacientes não eram sensíveis a preço; os pagamentos pelas seguradoras eram baseados nos preços de costume, ainda que os custos baixassem; e os resultados dos tratamentos não eram medidos nem comparados.

Sedimentando as citações anteriores, os autores Isidro-Filho *et al*. (2013) citam que, como o serviço hospitalar é complexo e dinâmico, a aprendizagem de novas competências é fundamental para a prestação de serviços hospitalares. Porém, destacam que as atividades de treinamento e desenvolvimento formais podem acarretar uma resposta lenta às necessidades de desenvolvimento de novas competências, essenciais para o desempenho do trabalho eficaz.

Mais especificamente, Cobaito (2012), cita que o gerenciamento na área de saúde é mais complexo do que em qualquer outro tipo de organização, pois os objetivos das diversas empresas internas desse segmento precisam estar adequados à estrutura hospitalar e às suas finanças. O autor destaca, também, que, normalmente, os processos são interdependentes, produzidos por uma complexidade de agentes que negociam, a partir de diferentes lugares de poder, de especialização e de identidade organizacional, tais como corpo clínico, enfermagem e outros profissionais.

Ainda, para a complementação do raciocínio, Cobaito (2012) afirma que é importante ter a visão dos serviços e clínicas com o objetivo de priorizar produtos para a estruturação funcional, possibilitando as devidas medições de desempenho por meio de indicadores.

Para obter competitividade, seja por meio de desempenho, criação de valor, vantagem competitiva ou por meio de competências tecnológicas, deve-se ter eficiência nos processos por meio de inovação, refletindo na otimização dos custos que serão abordados na sequência.

### **Custos e sistemas de custeio**

Conforme Lemos e Da Rocha (2011), os avanços tecnológicos e o surgimento da medicina científica, entre o século XIX e início do século XX, têm provocado uma verdadeira revolução na gestão hospitalar. Com isso, veio à tona a necessidade de um gerenciamento inovador, sistematizado, que investe na gestão de custos, oferecendo ferramentas para a tomada de decisão. Os autores destacam que não basta apenas a modernização pela tecnologia; o sucesso da competitividade de um hospital ou de qualquer outra empresa, depende fundamentalmente da gestão de custos.

Segundo Simonetti, Novaes e Gonçalves (2007), é difícil estabelecer quais são as necessidades de medicamentos para o paciente admitido na instituição, levando à formação de estoques de medicamentos. Esclarecem, ainda, que os estoques da farmácia são dimensionados, não somente pelo seu valor monetário, mas pela essencialidade à prestação dos serviços oferecidos pelo hospital; logo, nesses estoques, não deve haver excessos de itens – o que implica alto custo –, e nem a falta dos mesmos, o que poderia comprometer a resolutividade do tratamento aos pacientes. Os autores finalizam citando que o ideal é manter um estoque adequado à demanda, objetivando a redução de custos com estocagem.

Para Cardoso e Martins (2012), é por meio de algum sistema de custeio que o hospital mensura e realiza a gestão de seus custos hospitalares que são utilizados na produção ou transformação de outros bens ou serviços, por exemplo, matéria-prima, mão de obra direta, manutenção, serviços de informática, higienização e lavanderia.

Numa visão mais abrangente, Martins e Rocha (2010, p. 166) esclarece que:

Nenhum método de custeio atende a todas as necessidades informativas dos gestores, dada a complexidade do processo de administração das organizações; nenhuma informação de custos, qualquer que seja o método de custeio, substitui o julgamento e o bom-senso das pessoas que analisam e das que decidem. O melhor será aquele que melhor ajude a resolver o problema que se apresente em determinada situação, induzindo os gestores a tomar decisões adequadas em cada caso.

Conforme Matos (2002), o sistema de custeio por absorção plena é o mais tradicional da gestão de custos e, diferentemente da contabilidade, sua abordagem se concretiza no somatório dos produtos e serviços utilizados nos serviços prestados (custos) que é, por sua vez, somado às despesas ocorridas no hospital, independentemente se utilizadas diretamente ou não nos serviços prestados, numa caracterização de custeio denominada “absorção plena”, servindo como base para cálculo dos custos dos setores e dos produtos, bem como para compor custos por procedimento médico-hospitalar.

Corroborando o conceito acima, Cardoso e Martins (2012) também definem esse sistema como um dos tradicionais e o mais utilizado, nas últimas décadas, no sistema de gestão hospitalar, complementando que o centro de custo é o lugar ou seção de uma empresa que recebe as cargas dos custos, logo, os centros de custos são os agrupamentos de meios materiais ou humanos agindo com a mesma finalidade, ou seja, há uma apropriação integral de todos os custos aos serviços, formando um custo total que, além de incluir os custos diretos, absorve, também, os custos indiretos e as despesas.

Segundo Megliorini (2012), esse método de custeio por absorção apropria todos os custos incorridos em determinado período, quer fixos ou variáveis, relacionando-os a produtos do mesmo período.

Esse método de custeio por absorção, citado por Ching (2001), tem a característica vantajosa de reconhecer todos os custos e despesas nos centros de custos, porém, a desvantagem é que os critérios de rateio, por mais bem definidos que sejam, são arbitrários e podem distorcer o resultado de determinado centro de custos.

Complementarmente, Martins e Rocha (2010) destacam que o método de custeio pleno considera que todos os custos de produção e gastos fixos com administração e vendas devem ser absorvidos por todos os produtos ou serviços de determinado período.

Outra perspectiva sobre sistema de custeio, conforme Matos (2002), é o sistema de custeio variável ou direto e consiste em uma abordagem de apoio à tomada de decisão, considerando que somente os custos variáveis são contemplados nesse sistema. Ainda segundo o autor, sua metodologia oferece possibilidade de análise do comportamento dos custos em diferentes níveis de atividade e adequação do portfólio de produtos para composição da produção e da rentabilidade, considerando que somente os custos variáveis compõem o sistema.

Segundo Lemos e Da Rocha (2011), em termos gerenciais, os hospitais estão entre as empresas mais complexas. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneas, isto é, os hospitais também têm serviços de hotelaria, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos e relacionamento com o consumidor. Nesse respeito, para o gestor tomar decisões, é preciso ter um bom sistema de custos que dê segurança às análises dos resultados estratégicos, táticos e operacionais, além de poder verificar se os custos atendem aos parâmetros do mercado pagador, inclusive, tomando decisões sobre otimização e eliminação de desperdício, analisando o custo-benefício de algumas terceirizações e, finalmente, formando a base consistente para competitividade.

Martins e Rocha (2010, p. 168) corroboram seu conceito de que:

Em suma, a utilização de cada método de custeio deve ser decidida em função das circunstâncias e estas incluem, além de outras variáveis contingenciais e institucionais inerentes às organizações, os seguintes fatores: (a) as disposições legais e regulatórias às quais a entidade está sujeita; (b) o objetivo da apuração do custo, que está relacionado à situação-problema que precisa ser resolvida; (c) o nível gerencial da decisão (operacional, tático ou estratégico); (d) o modelo de decisão estabelecido para a solução da situação-problema; (e) a compreensão dos valores de custo dos produtos pelos gestores; (f) os efeitos comportamentais que se pretende induzir etc.

Para este trabalho, que contempla os serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos saúde, será adotado o Sistema de Custeio por Absorção Plena, em virtude de que as características desses serviços prestados se originam dos custos fixos, caracterizados pelos custos de infraestrutura que dão suporte ao funcionamento da instituição. Depois de apurados, esses custos são precificados e repassados às operadoras de planos de saúde por meio de produtos como diárias de acomodação, taxas de equipamentos, taxas de sala de centro cirúrgico, taxas de registros de consulta e taxas de atendimentos de urgência/emergência.

### **A relação entre inovação, competitividade e custos**

A inovação pode acontecer em todas as organizações, ao seu tempo, seja pela melhoria de processos ou pela capacitação de pessoas ou pela aquisição de novos equipamentos com novas tecnologias (EDERSHEIM, 2007).

Segundo, e complementarmente, Pereira, Campos e Bersan (2013), a inovação ocorre, seja inovando produtos por incremento tecnológico, inovando processos por adequação dos meios de produção, inovando a gestão com ações de aprimoramento e capacitação ou inovando na identificação de oportunidades.

Ao destacar a relação entre os conceitos, Macedo (2012, p. 116) cita que:

Nesse contexto conceitual e metodológico, a medição da produtividade ou da eficiência do processo produtivo - o primeiro procedimento para a gestão da produtividade - torna-se determinada pela relação entre valor adicionado (*output*) e os recursos que a empresa utiliza (*inputs*) nesse processo. Quando a produção é customizada e/ou os bens e serviços produzidos pela empresa não são homogêneos, esse método de medição é também o mais adequado, pois não apresenta problemas de agregação.

Conforme Macedo (2012) e Pereira, Campos, Bersan (2013), a aplicação da inovação dos processos – a título de exemplo, são as categorias do roteiro da entrevista desta pesquisa – que, se ajustados de forma eficiente, isto é, com mais assertividade e menor custo, o resultado poderá se tornar mais eficaz, contribuindo para uma maior competitividade dos hospitais, numa relação incremental positiva entre a tríade inovação-custos-competitividade.

Ainda, conforme Lemos e Da Rocha (2011), os avanços tecnológicos têm provocado uma verdadeira revolução na forma de gestão hospitalar, levando à necessidade de gerenciamento inovador e sistematizado, que investe na gestão de custos e oferece ferramentas para a tomada de decisão. Não basta apenas a modernização pela tecnologia. O sucesso da competitividade de um hospital ou de qualquer outra empresa depende, fundamentalmente, da gestão de custos.

Na mesma convergência, Macedo (2012, p. 112) cita que:

Com base nesse conceito de produtividade, os aspectos mais relevantes para o desempenho empresarial tornam-se centrados no processo de produção e, portanto, a eficiência do processo produtivo passa a ser determinada e medida fundamentalmente pelos seus aspectos operacionais.

Fundamentando-se nas citações de Lemos e Da Rocha (2011); Macedo (2012), relação da inovação dos processos, ou seja, eficiência, tornando-os mais produtivos – razão da produção pelos custos incorridos –, podendo-se inferir que haverá maior competitividade.

Percebe-se, assim, uma relação direta de causa e efeito entre inovação, custos e competitividade, realçando a importância da inovação dos processos para maior produtividade por meio da eficiência dos processos – aumento da produção e diminuição dos custos –, para se obter maior competitividade dos SAOH que os hospitais privados prestam às operadoras de planos de saúde.

## **METODOLOGIA**

Para atingir os objetivos desta pesquisa, este capítulo apresenta os seguintes caminhos metodológicos: a caracterização da pesquisa, tipo de abordagem da pesquisa, os fins e os meios, suas questões orientadoras e as unidades de análise e sujeitos da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e a técnica de análise e interpretação de dados.

### **Caracterização da pesquisa**

Para atingir os objetivos propostos de mapear a forma pela qual as instituições hospitalares utilizam a inovação para promover maior competitividade dos serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos de saúde, foi utilizada a abordagem de pesquisa qualitativa, por meio de estudo de casos múltiplos, ao passo que, para analisar e interpretar os dados, foi adotado o método de análise de conteúdo.

### **Abordagem**

A pesquisa é qualitativa e, conforme Flick (2009), esse tipo de pesquisa tem as seguintes características: a) a apropriabilidade de métodos e teorias – o que se pretende identificar é um fenômeno que depende da interpretação dos gestores que serão ouvidos: o que eles consideram inovador na gestão de custos; b) perspectivas dos participantes e sua diversidade – trabalha com diferentes gestores de diferentes organizações, possibilitando a identificação de suas citações e pontos de vista; c) reflexividade do pesquisador e da pesquisa – a subjetividade do pesquisador pode servir de guia para interpretar as respostas, em lugar de apenas enumerá-las; e d) variedade de abordagens e de métodos de pesquisa

qualitativa – não se baseia num único conceito teórico e metodológico; abre-se espaço para diversas interpretações dos fenômenos estudados.

Para Dutra (2002), Silva, Gobbi e Simão (2004), uma abordagem de pesquisa qualitativa, com o método de análise de conteúdo, auxilia na compreensão da experiência humana e representa uma tarefa de extrema complexidade, já que o ser humano é constituído numa subjetividade que pensa, sente e tem linguagem própria baseada na sua experiência.

### **Fins**

Esta pesquisa é descritiva. Conforme Collis e Hussey (2005), nesse tipo de pesquisa, descreve-se o comportamento dos fenômenos, identificam-se e obtêm-se informações sobre as características do problema apresentado, e ao mesmo tempo, mapeiam-se e descrevem-se as características das questões pertinentes. Para isso, mapeou-se, por meio de entrevistas semiestruturadas, em instituições hospitalares privadas da RMBH, como elas utilizam a inovação para promover maior competitividade dos serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos de saúde.

### **Meios**

Para a obtenção de informações fidedignas com maior assertividade, a busca de informações deu-se por meio de estudo de caso múltiplo em duas ou mais unidades. Conforme Godoy (1995), essa tem se tornado a estratégia preferida por pesquisadores para responder “como” e “por que” certos fenômenos ocorrem em um contexto da vida real. Pode-se descrever e estabelecer comparações, assim como conduzir um estudo que contraste atuação e desempenho entre as instituições pesquisadas.

Logo, para o alcance do objetivo proposto, realizou-se o estudo em seis instituições hospitalares privadas da região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), verificando a convergência ou a divergência de seus pontos de vista sobre a inovação como recurso para promover e assegurar uma maior competitividade.

### **Unidades de análise e sujeitos da pesquisa**

Para selecionar a amostra das instituições hospitalares que seriam estudadas, foram contatadas onze instituições privadas da RMBH, sendo este contato feito por e-mail em dez casos e por telefone em um deles. Essa amostra de onze hospitais fundamentou-se na citação a seguir:

A determinação do número de casos não pode ser feita *a priori*, a não ser quando o caso é intrínseco. O procedimento mais adequado para esse fim consiste no adicionamento progressivo de novos casos, até o instante em que se alcança a ‘saturação teórica’, isto é, quando o incremento de novas observações não conduz a um aumento significativo de informações. Embora não se possa falar em um número ideal de casos, costuma-se utilizar de quatro a dez casos (GIL, 2002, p. 139-140).

Corroborando ainda, Yin (2010, p. 69) cita que:

A capacidade de conduzir seis ou 10 estudos de caso, efetivamente organizados dentro de um projeto de casos múltiplos, é análoga à capacidade de conduzir seis ou 10 experimentos sobre tópicos relacionados; poucos casos (dois ou três) seriam replicações literais, ao passo que outros poucos casos (quatro a seis) podem ser projetados para buscar padrões diferentes de replicações teóricas [...].

A definição dos hospitais contatados se deu pela relevância dessas instituições hospitalares, diversificando seus portes entre os pequenos (até 50 leitos), médios (até 150 leitos) e grandes (acima de 150 leitos), caracterizados, ainda, pela generalização dos serviços e especialidades que os compõem, nas regiões centro, centro-sul e leste da RMBH e em Nova Lima.

Desses onze hospitais, três foram indicados com a colaboração da Central de Hospitais de Minas Gerais (CHMG), instituição fundada em 2014 e que se originou da fusão da Associação dos Hospitais de Minas Gerais (AHMG), fundada em 1956, e do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Minas Gerais (SINDHOMG), além de outros oito por acessibilidade do autor.

De todos os contatos, seis hospitais se prontificaram a conceder entrevista, que foram realizadas com os dirigentes da alta administração de cada instituição. Segue um relato sobre algumas características dessas instituições hospitalares, unidades de análise da pesquisa:

- Hospital 1: hospital privado de pequeno porte, com 20 leitos, com especialidade em urologia, situado na região centro-sul da capital, fundado há mais de vinte anos;
- Hospital 2: hospital privado de médio porte com 125 leitos, generalista com diversas especialidades, situado na região central da capital, fundado há mais de cinquenta e cinco anos;
- Hospital 3: hospital privado de médio porte, com 100 leitos, generalista com diversas especialidades, situado na região leste da capital, fundado há mais de trinta e cinco anos;
- Hospital 4: hospital privado de grande porte, com 180 leitos, generalista com diversas especialidades, situado na região do Barreiro nessa capital, fundado há mais de quarenta e nove anos;
- Hospital 5: hospital privado de grande porte, com 200 leitos, generalista com diversas especialidades, situado em Nova Lima na região metropolitana da capital, fundado há mais de dezessete anos;
- Hospital 6: hospital privado de grande porte, com 355 leitos, generalista com diversas especialidades, situado em na região centro-sul da capital, fundado há mais de sessenta anos.

Os sujeitos da pesquisa foram os dirigentes da alta administração de cada instituição, cujas características são as apresentadas no quadro I a seguir:

**Quadro I** – Caracterização dos sujeitos da pesquisa, os entrevistados

Hospital	Gênero do entrevistado	Cargo / função	Duração da entrevista (min)
Entrevistado do hospital 1	Masculino	Superintendente	28:37
Entrevistado do hospital 2	Masculino	Presidente	24:01
Entrevistado do hospital 3	Masculino	Conselheiro	34:51
Entrevistado do hospital 4	Masculino	Superintendente	29:58
Entrevistado do hospital 5	Masculino	Presidente	32:19
Entrevistado do hospital 6	Masculino	Superintendente	20:01

Fonte: Elaborado pelo autor com dados da pesquisa.

Para a realização da coleta de dados, tomou-se como base algumas regras que, conforme Bardin (2011), são: a regra da representatividade – amostra representativa do universo inicial; a regra da homogeneidade – obedecer a critérios de escolha; regra da pertinência – documentos adequados enquanto fonte de informação ao objetivo a ser analisado.

Com base nessas regras, entrevistas semiestruturadas foram elaboradas e realizadas em unidades de análises e com sujeitos semelhantes, a fim de se obter resultados individuais comparáveis. Nessas entrevistas semiestruturadas, conforme mostra o Quadro 5, foram realçados os diversos aspectos a serem estudados, quais sejam: (A) Sistema de custeio, (B) Sistema de compras, (C) Sistema de controle de estoques, (D) Sistema ou controle de gestão de leitos, (E) Processo de faturamento, (F) Fluxo financeiro, (G) Estrutura de redes e de computadores, (H) Política de recursos humanos, (I) Processo de atendimento.

A realização das entrevistas ocorreu no período de dezembro/2016 a janeiro/2017, de acordo com o agendamento feito mediante contato por e-mail ou telefone.

O entrevistador foi o próprio autor deste artigo, que realizou os agendamentos e reuniu-se com os gestores da alta administração dessas instituições hospitalares privadas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, submetidas à análise de conteúdo.

Cada entrevista foi precedida das apresentações do entrevistador e do entrevistado, mediante breve explanação do entrevistador sobre o contexto da inovação e os objetivos da entrevista, conforme roteiro da entrevista. Foram enfatizados os aspectos éticos previstos no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que foi assinado pelas partes.

### Técnica de análise e interpretação de dados

Os dados coletados e extraídos foram dispostos com base nos três objetivos específicos desta pesquisa: 1) identificar as práticas de inovação na gestão dos serviços administrativo-operacionais hospitalares das instituições; 2) verificar se a otimização dos custos eleva a competitividade dos serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos de saúde; 3) inferir, partindo da análise da tríade inovação-competitividade-custos, quais são os benefícios ofertados às operadoras de planos de saúde.

A análise e a interpretação de dados foram feitas mediante análise de conteúdo e técnica de pesquisa que, conforme Gerhardt e Silveira (2009), apresentam determinadas características metodológicas entre elas: objetividade, sistematização e inferência. As falas, depois de transcritas, foram lidas, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articulando a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processos de produção de mensagem.

Existem várias modalidades de análise de conteúdo, dentre as quais se destacam: análise lexical, análise de expressão, análise de relações, análise temática e análise de enunciação. A análise temática, por ser mais simples, é considerada apropriada para as investigações qualitativas. Nela, trabalha-se com a noção de tema, o qual está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto; comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada por meio de uma palavra, frase ou resumo. Operacionalmente, são três as fases de análise:

1. Pré-análise: composta por três módulos (BARDIN, 2011): 1) a leitura flutuante; 2) a escolha e a organização do material que vai ser analisado; 3) a formulação das hipóteses e dos objetivos; e 4) a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores para fundamentar a interpretação final, realizados nos passos 1 e 2 da fase I, conforme demonstrado no Quadro 2, mais abaixo.
2. Exploração do material: é o momento em que se codifica o material. Primeiro, faz-se um recorte do texto; segundo, escolhem-se regras de contagem; e, por último, classificam-se e agregam-se os dados, organizando-os em categorias teóricas ou empíricas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).
3. Tratamento dos resultados e interpretação: nessa fase, trabalham-se os dados brutos, permitindo destaque para as informações obtidas, as quais serão interpretadas à luz de quadro de resultados, diagramas, figuras e modelos que condensam as informações fornecidas pela análise (BARDIN, 2011), conforme passos 3, 4 e 5 da Fase 2, apresentados nos quadros 3 e 4, logo à frente:

A Fase I é composta de dois passos: 1) identificação das citações de cada entrevistado para cada objetivo específico, por meio da leitura detalhada das entrevistas; 2) organização dessas citações, ou preparação do material, que foi realizada posteriormente e na qual cada entrevista passou pelo mesmo processo de alinhamento de enunciados e proposições (BARDIN, 2011), conforme Quadro 2:

**Quadro 2** – Detalhamento da análise dos dados.

Fase I		Fase 2		
Passo 1	Passo 2	Passo 3	Passo 4	Passo 5
Identificação de citações para cada objetivo específico.	Organização dessas citações.	Identificação dos códigos descritivos.	Identificação das categorias.	Identificação dos códigos analíticos.

Fonte: SHIGAKI, 2014. Adaptado pelo autor.

Assim, conforme Bardin (2011), foi realizada uma leitura detalhada de todas as entrevistas, com a intenção de estabelecer um plano de análise, elaborando as codificações ou categorizações, visando à pertinência aos objetivos específicos desta pesquisa.

As três últimas etapas (SHIGAKI, 2014), caracterizadas pelos passos 3, 4 e 5 da Fase 2, foram realizadas de forma criteriosa: no passo 3, houve a inclusão de uma palavra-chave ou código descritivo para cada citação de cada entrevistado, ou seja, todas as palavras do texto podem se tornar um código descritivo, formando, assim, uma unidade de registro e, conseqüentemente, um novo reagrupamento. No passo 4, após a identificação e a análise das diferenças e similaridades entre os códigos descritivos, houve o ajuste correto das categorias. Aqui, as citações foram novamente agrupadas. Já no passo 5, esses novos grupos suscitaram os códigos analíticos ou unidade de contexto. Esse último código foi utilizado para a compreensão das mensagens e a exata significação da escolha dos códigos descritivos e categorias. Embora o processo de análise seja formado por etapas, cabe ressaltar que ele não é praticamente linear, e em várias delas foi necessário retroceder para averiguar os códigos atribuídos e testar as unidades de análise, conferindo qualidade ao estudo. O detalhamento dessas fases está demonstrado no Quadro 3, que segue:

**Quadro 3** – Detalhamento das fases da análise dos dados – Fase 2.

Passo 3		Passo 4	Passo 5
Código descritivo 1	um controle de contas a pagar e receber que vinha <b>funcionando de uma forma adequada</b> .	Categoria A	Código analítico X
Código descritivo 2	fluxo de contas a pagar e de contas a receber <b>estão começando a ficar adequados</b> .	Categoria A	
Código descritivo 3	<b>entendo que eles estão adequados</b> , tem um indicador que é o ciclo operacional, que a gente percebe que ele está positivo.	Categoria A	

Fonte: SHIGAKI, 2014. Adaptado pelo autor.

Tendo como base esse detalhamento das Fases I e 2 e de seus respectivos passos para as análises, inicia-se a análise e a interpretação das entrevistas realizadas.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção, são apresentadas três subseções com base nos três objetivos específicos e em suas respectivas ordens. Na primeira, identificam-se as práticas de inovação na gestão dos serviços administrativo-operacionais hospitalares das instituições. Na segunda, verifica-se se a otimização dos custos eleva a competitividade dos serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos de saúde. Na terceira, infere-se, com base na análise da tríade inovação-competitividade-custos, quais benefícios são ofertados para as operadoras de planos de saúde.

Os objetivos com este estudo foram: buscar respostas concretas dos resultados da implantação e contribuição da inovação de processos nas gestões dos setores de custos, compras, estoques, leitos e salas cirúrgicas, faturamento, fluxo financeiro, estrutura de redes e computadores, recursos humanos e atendimento; verificar se ocorreu realmente melhoria da gestão, diminuição de custos e maior competitividade do hospital; e, finalmente, analisar quais foram os benefícios ofertados às operadoras de planos de saúde.

Com os critérios de avaliação definidos na metodologia e com base nas entrevistas realizadas, inicia-se a análise e a interpretação dos resultados, consolidando as categorias desenvolvidas com os códigos analíticos e contrastando a fundamentação teórica, apresentada no capítulo 2, com as falas pertinentes das citações das entrevistas, conforme demonstrado no Quadro 4:

**Quadro 4 – Critérios de avaliação**

Códigos analíticos	Categorias						
	Inovação	Sistema	Custo fixo	Custo variável	Apuração de resultados	-	-
(A) Sistema de custeio	Inovação	Sistema	Custo fixo	Custo variável	Apuração de resultados	-	-
(B) Sistema de compras	Inovação	Sistema	Aquisições	Apuração de fornecedores	-	-	-
(C) Sistema de controle de estoques	Inovação	Sistema	Rastreabilidade	Estoque máximo e mínimo, ponto de pedido	Perdas e obsolescência	Inventário	-
(D) Sistema ou controle de gestão de leitos	Inovação	Sistema	Leitos e salas cirúrgicas	-	-	-	-
(E) Processo de faturamento	Inovação	Sistema	Produção e faturamento	Auditoria	Controle de glosas	-	-
(F) Fluxo financeiro	Inovação	Sistema	Contas a pagar e a receber	Fluxo de caixa	-	-	-
(G) Estrutura de redes e de computadores	Inovação	Estrutura de redes	Gestão hospitalar	Gestão Financeira	Folha de pagamento	-	-
(H) Política de recursos humanos	Inovação	Plano de cargos e salários	Descrição de cargos	Avaliação de desempenho	Recrutamento e seleção	Capacitação	Retenção de talentos
(I) Processo de atendimento	Inovação	Fila de espera	Recepção (check in / out)	Protocolo de segurança	Instalações	-	-

Fonte: SHIGAKI, 2014. Adaptado pelo autor.

Para melhor análise, todas as citações das entrevistas (*códigos descritivos*) foram alocadas em suas respectivas *categorias* e *códigos analíticos* correspondentes, em planilhas eletrônicas, portanto, sem a utilização de nenhum *software* de análise de dados qualitativos. Seguindo, temos a análise do primeiro objetivo.

**Análise do primeiro objetivo específico: identificar as práticas de inovação na gestão dos serviços administrativo-operacionais hospitalares das instituições**

Nesta análise, as categorias citadas pelos entrevistados foram acumuladas numericamente e demonstradas na tabela I “Resumo da quantidade – absoluta e relativa - de citações por categoria” desta seção. Pode-se dar como exemplo: se seis hospitais citaram a categoria “Apuração de resultados”, independentemente do seu conteúdo, foram anotadas seis citações; se um entrevistado, porém, citou de forma contrária a resposta esperada, ou seja, *que não se apura resultado*, a citação será anotada como uma restrição. Mostra-se, assim, a quantidade de citações dessa categoria, de todos os entrevistados, com a respectiva quantidade de restrições. Destaca-se que as citações e/ou restrições não serão levadas a nenhum juízo de valor.

**Análise do segundo objetivo específico: verificar se a otimização dos custos eleva a competitividade dos serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos de saúde**

Considera-se, nesta análise, a seguinte pergunta balizadora: “Com essas práticas inovadoras implantadas houve melhoria da gestão, diminuição dos custos e maior competitividade? Você pode detalhar?” – aplicada para todos os nove códigos analíticos do primeiro objetivo: Sistema de custeio, Sistema de compras, Sistema de controle de estoques, Sistema ou controle de gestão leitos, Processo de faturamento, Fluxo financeiro, estrutura de redes e de computadores, Política de recursos humanos e Processo de atendimento.

As citações das entrevistas foram estratificadas e elaborados quadros com as respostas SIM – “Como?”, ou NÃO – “Por quê?”, para melhor visualização e análise, elaborados pelo autor em planilhas eletrônicas sem a utilização de nenhum *software* de análise de dados qualitativos.

Em face das respostas do entrevistado, foi analisada a coerência desta com a do primeiro objetivo deste estudo. Desse modo, com base em possível contradição ou não conformidade com a resposta do primeiro objetivo, apresenta-se um comentário de restrição.

**Análise do terceiro objetivo específico: inferir, com base na análise da tríade inovação-competitividade-custos, quais são os benefícios ofertados às operadoras de planos de saúde**

CONSIDERANDO QUE, conforme Edersheim (2007), a **inovação** pode acontecer em todas as organizações, ao seu tempo, seja pela melhoria de processos, seja pela capacitação de pessoas e pela aquisição de novos equipamentos com novas tecnologias e, até mesmo, pela forma de pensar o negócio e de fazer as coisas acontecerem;

CONSIDERANDO QUE, conforme Wanke, Arkader e Hijjar (2013), para se obter a **competitividade** é necessário que a empresa tenha eficiência e produtividade, e, para tanto, é necessário ter uma logística interna de vanguarda, que é constituída por três dimensões: 1) o grau de formalização organização, 2) o uso de tecnologia da informação e 3) o uso de indicadores para monitorar o desempenho das atividades;

CONSIDERANDO, AINDA, QUE conforme Lemos e Da Rocha (2011), que os avanços tecnológicos e o aparecimento da medicina científica, entre o século XIX e início do século XX, tem provocado uma verdadeira revolução da forma de gestão hospitalar, fazendo surgir a necessidade de um gerenciamento inovador, sistematizado, que investe na **gestão de custos**, oferecendo ferramentas para a tomada de decisão;

A partir dessa teoria referenciada e analisando-se os excertos das entrevistas e suas aderências pode-se inferir as seguintes análises:

Com base no exposto, infere-se que algumas categorias dos códigos analíticos (A) sistema de custeio, (B) sistema de compras, (D) sistema ou controle de gestão de leitos, (E) processo de faturamento e (I) processo de atendimento são contempladas, mesmo que timidamente, com a inovação dos processos, refletindo melhoria de gestão, redução de custos, maior competitividade e oferta de benefícios para as operadoras de planos de saúde.

Infere-se ainda que, no que diz respeito a algumas categorias dos códigos analíticos (C) sistema de controle de estoques, (F) fluxo financeiro, (G) estrutura de redes e de computadores, (H) e política de recursos humanos, a implantação da inovação dos processos ocorre em baixa escala – podendo, até mesmo, anular os ganhos ofertados pelas categorias acima referendadas –, não refletindo significativamente na melhoria da gestão, na redução dos custos e em maior competitividade, tampouco, ofertando benefícios para as operadoras de planos de saúde. Essa análise baseou-se na quantidade numérica – absoluta e relativa –, das citações dos entrevistados por categoria, conforme pode ser verificado na Tabela I, como segue:

**Tabela I** – Resumo da quantidade – absoluta e relativa - de citações por categoria

Códigos analíticos		Categorias						
<b>(A) Sistema de custeio</b>	Inovação	Sistema	Custo fixo	Custo variável	Apuração de resultados	-	-	-
<i>Quantidade de citações e seu percentual</i>	3 (50%)	4 (67%)	-	-	5 (87%)	-	-	-
<b>(B) Sistema de compras</b>	Inovação	Sistema	Aquisições	Apuração de fornecedores	-	-	-	-
<i>Quantidade de citações e seu percentual</i>	2 (33%)	5 (87%)	6 (100%)	3 (50%)	-	-	-	-
<b>(C) Sistema de controle de estoques</b>	Inovação	Sistema	Rastreabilidade	Estoque máximo e mínimo, ponto de pedido	Perdas e obsolescência	Inventário	-	-
<i>Quantidade de citações e seu percentual</i>	1 (17%)	5 (87%)	2 (33%)	4 (67%)	2 (33%)	-	-	-
<b>(D) Sistema ou controle de gestão de leitos</b>	Inovação	Sistema	Leitos e salas cirúrgicas	-	-	-	-	-
<i>Quantidade de citações e seu percentual</i>	2 (33%)	5 (87%)	4 (67%)	-	-	-	-	-
<b>(E) Processo de faturamento</b>	Inovação	Sistema	Produção e faturamento	Auditoria	Controle de glosas	-	-	-
<i>Quantidade de citações e seu percentual</i>	4 (67%)	2 (33%)	6 (100%)	4 (67%)	4 (67%)	-	-	-
<b>(F) Fluxo financeiro</b>	Inovação	Sistema	Contas a pagar e a receber	Fluxo de caixa	-	-	-	-
<i>Quantidade de citações e seu percentual</i>	1 (17%)	2 (33%)	3 (50%)	6 (100%)	-	-	-	-
<b>(G) Estrutura de redes e de computadores</b>	Inovação	Estrutura de redes	Gestão hospitalar	Gestão Financeira	Folha de pagamento	-	-	-
<i>Quantidade de citações e seu percentual</i>	1 (17%)	2 (33%)	4 (67%)	4 (67%)	2 (33%)	-	-	-
<b>(H) Política de recursos humanos</b>	Inovação	Plano de cargos e salários	Descrição de cargos	Avaliação de desempenho	Recrutamento e seleção	Capacitação	Retenção de talentos	-
<i>Quantidade de citações e seu percentual</i>	3 (50%)	0 (0%)	1 (17%)	3 (50%)	4 (67%)	4 (67%)	2 (33%)	-
<b>(I) Processo de atendimento</b>	Inovação	Fila de espera	Recepção (check in / out)	Protocolo de segurança	Instalações	-	-	-
<i>Quantidade de citações e seu percentual</i>	1 (17%)	5 (87%)	3 (50%)	4 (67%)	2 (33%)	-	-	-

**Fonte:** SHIGAKI, 2014. Adaptado pelo autor com dados da pesquisa.

Em termos práticos, os objetivos específicos (1) identificar as práticas de inovação na gestão dos SAOH; (2) verificar se a otimização dos custos, através da inovação dos processos, eleva a competitividade dos SAOH prestados às operadoras de planos de saúde; e (3) inferir, a partir da análise da tríade inovação-competitividade-custos, quais são os benefícios ofertados às operadoras de planos de saúde, foram respondidos por meio das entrevistas e analisados pelo autor.

De fato, todos os entrevistados reconhecem a importância da inovação dos processos como contribuição para a competitividade dos serviços administrativo-operacionais prestados às operadoras de planos de saúde. Reconhecem, ainda, que há necessidade de aprimorar e acelerar essa implantação para se tornarem competitivos.

## CONCLUSÃO

Os objetivos deste estudo sobre a “Contribuição da inovação para a competitividade dos serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos de saúde”, foram alcançados. Isso confirma a importância da implantação de práticas inovadoras dos processos nos hospitais privados para a sua sustentabilidade ao longo tempo, o que fortalece a base para a sua disseminação pelo ensino acadêmico, mais especificamente na área da administração. Além disso, irá nortear os gestores dos hospitais privados para as suas análises e tomadas de decisão.

Na visão dos entrevistados, a pesquisa indica que a inovação é importante para a melhoria da gestão, da otimização dos custos e de maior competitividade dos hospitais, porém, de forma não sistemática e intencional. Em alguns processos, foram obtidos resultados satisfatórios, porém ainda precisam ser melhorados, como por exemplo, aqueles que foram obtidos pelos códigos analíticos: sistema de custeio, sistema de compras, sistema ou controle de gestão de leitos, processo de faturamento e processo de atendimento.

Ainda nessa visão, a pesquisa mostra que os resultados alcançados pelos códigos analíticos: sistema de controle de estoques, fluxo financeiro, estrutura de redes e de computadores e política de recursos humanos não foram satisfatórios, pois deixaram de ofertar benefícios para as operadoras de planos de saúde, podendo, até mesmo, anular os ganhos ofertados pelos códigos analíticos citados no parágrafo anterior e, em vista disso, precisam de melhorias mais acentuadas.

De uma forma mais ampla, para as instituições acadêmicas, poderá contribuir com a incorporação, em sua grade curricular, dos métodos e resultados alcançados por essas instituições hospitalares privadas. Também, poderá favorecer um processo de ensino consistente nas áreas de saúde e hospitalar, visto que, na revisão da literatura em pauta, verificou-se ausência de estudos nessa perspectiva.

Complementarmente, os resultados apresentados neste estudo podem beneficiar o setor empresarial de saúde, uma vez que as inovações dos processos implantados nos SAOH prestados podem viabilizar maior competitividade desses serviços prestados às operadoras de planos de saúde.

Por fim, pode configurar-se em um projeto de importância para os profissionais técnicos e da docência da área de gestão hospitalar, possibilitando a sedimentação do aprendizado, a disseminação do conhecimento com aplicabilidade prática e promovendo a discussão para implantar novos modelos de gestão hospitalar para maior competitividade.

Corroborando essa importância da implantação de inovação dos processos nos hospitais, pode-se citar: “[...] os estudos sobre inovação em serviços de saúde de maneira geral, e sobre a dinâmica da inovação hospitalar, em particular, ainda se encontram em fase embrionária, sugerindo que a área apresenta desafios na busca de novos conhecimentos (BARBOSA; GADELHA, 2012).

Investir em inovação, conforme Pereira, Campos e Bersan (2013), está relacionado à necessidade de assegurar sustentabilidade em um mercado tão competitivo.

A limitação desta pesquisa foi estudar a contribuição da inovação dos processos nos hospitais privados da RMBH, tema relativamente novo para a área de saúde que, neste estudo, foca os serviços administrativo-operacionais hospitalares prestados às operadoras de planos de saúde. Toda pesquisa traz consigo métodos que têm suas limitações, mas, também, possibilidades (VERGARA, 2009).

Existem oportunidades para grandes melhorias da assistência à saúde e do seu gerenciamento, [...] principalmente, na melhoria da gestão, e a educação continuada tem que ser focada em todos os níveis profissionais, administrativos e operacionais (PORTER; TEISBERG, 2006).

Dada a importância da inovação dos processos nos hospitais, conforme demonstrado neste estudo, seria importante a realização de um estudo mais abrangente, que envolvesse os hospitais privados e da rede pública, de todos os portes e especialidades, para que as contribuições geradas pela implantação da inovação pudessem, além de dar retorno social do investimento em saúde, quer pública ou privada, beneficiar também toda a sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, P. R.; GADELHA, C. A. G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 46, p. 68-75, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89102012000700010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102012000700010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 30 dez. 2016.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRITO, R. P.; BRITO, L. A. L. Vantagem competitiva, criação de valor e seus efeitos sobre o desempenho. *Revista de Administração de Empresas (ERA)*, São Paulo v. 52, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://rae.fgv.br/rae/vol52-num1-2012/vantagem-competitiva-criacao-valor-seus-efeitos-sobre-desempenho>>. Acesso em: 30 maio 2016.
- CARDOSO, S. M.; MARTINS, V. F. Sistemas de custos estão presentes nos hospitais brasileiros que passaram pelo processo de acreditação hospitalar? *GETEC: revista gestão tecnologia e ciências*, v. 1, n. 2, p. 59-78, 2012. Disponível em: <<http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/getec/article/view/267>>. Acesso em: 30 maio 2016.
- CHING, H. Y. *Manual de custos de instituições de saúde: sistemas tradicionais de custos e sistemas de custeio baseado em atividades (ABC)*. São Paulo: Atlas, 2001.
- CHRISTENSEN, C. M.; GROSSMAN, J. H.; HWANG, J. *Inovação na gestão da saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar a qualidade*. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- COBAITO, F. C. Gestão hospitalar, sob a lente da *resourcebasedview* (RBV). *RAHIS: revista de administração hospitalar e inovação em saúde Belo Horizonte*, n. 9, 2012. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1636/1081>>. Acesso em: 29 maio 2016.
- COLLIS, J.; HUSSEY, R. *Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação*. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 7, n. 2, p. 371-378, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a18v07n2.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- EDERSHEIM, E. H. *A essência de Peter Drucker: uma visão para o futuro*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- FLICK, W. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Disponível em: <[http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/necio\\_turra/PPGG%20-%20PESQUISA%20QUALI%20PARA%20GEOGRAFIA/flick%20-%20introducao%20a%20pesq%20quali.pdf](http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/necio_turra/PPGG%20-%20PESQUISA%20QUALI%20PARA%20GEOGRAFIA/flick%20-%20introducao%20a%20pesq%20quali.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2017.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: <[https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod\\_resource/content/1/como\\_e\\_laborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_e_laborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2017.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995.

ISIDRO FILHO, A. *et al.* Workplace learning strategies and professional competencies in innovation contexts in Brazilian hospitals. *Brazilian Administration Review (BAR)*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SI807-769220I3000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI807-769220I3000200002)>. Acesso em: 30 maio 2016.

LEMOS, V. M. F.; DA ROCHA, M. H. P. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO: gestão de riscos para a sustentabilidade, 7., Rio de Janeiro e Niterói 2011. *Anais...* 2011. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/I76I86-A-gestao-das-organizacaoes-hospitalares-e-suas-complexidades.html>>. Acesso em: 30 maio 2016.

MACEDO, M. M., Gestão da produtividade nas empresas. *Revista Organização Sistêmica*. Curitiba, vol. I, n. I, p. 110-119, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://www.uninter.com/web/revistaorganizacao sistematica/index.php/%20organizacaoSistematica/artic le/viewFile/65/39>. Acesso em 28 fev. 2017.

MARTINS, E.; ROCHA, W. *Métodos de custeio comparados: custos e margens analisados sob diferentes perspectivas*. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, A. J. *Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão*. São Paulo: STS, 2002.

MEGLIORINI, E. *Custos: análise e gestão*. São Paulo: Pearson, 2012.

PEREIRA, M. A.; CAMPOS, N. O B; BERSAN, S. A. L. Aspectos econômicos e institucionais do processo de inovação: o setor saúde brasileiro e o caso da Unimed-BH. In: SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS (SIMPOI) 2013: Operações em organizações de saúde, São Paulo. 2013. *Anais...*, São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2013. Disponível em: <[http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013\\_T004I7\\_PCN3I476.pdf](http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T004I7_PCN3I476.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2016.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SCHUMPETER, A. S. *O fenômeno fundamental do desenvolvimento econômico*. São Paulo: Donnelley, 1997. p. 5-13, 68-99. Disponível em: <[http://www.ufjf.br/oliveira\\_junior/files/2009/06/s\\_Schumpeter\\_-\\_Teoria\\_do\\_Desenvolvimento\\_Econ%C3%B4mico\\_-\\_Uma\\_Investiga%C3%A7%C3%A3o\\_sobre\\_Lucros\\_Capital\\_Cr%C3%A9dito\\_Juro\\_e\\_Ciclo\\_Econ%C3%B4mico.pdf](http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2009/06/s_Schumpeter_-_Teoria_do_Desenvolvimento_Econ%C3%B4mico_-_Uma_Investiga%C3%A7%C3%A3o_sobre_Lucros_Capital_Cr%C3%A9dito_Juro_e_Ciclo_Econ%C3%B4mico.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2016.

SHIGAKI, H. B. *Revisão por pares e produtivismo acadêmico sob a ótica de avaliadores de artigos de periódicos em Administração*. 2014. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

Disponível em: <<http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/960>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

SILVA, R. C., GOBBI, C. B., SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais e Agroindustriais*, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/878/87817147006.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SIMONETTI, V. M.; NOVAES, M. L. O.; GONÇALVES, A. A.. Seleção de medicamentos, classificação ABC e redução do nível dos estoques da farmácia. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO (ENEGEP): a energia que move a produção: um diálogo sobre integração, projeto e sustentabilidade, 27., Foz do Iguaçu, 2007. Anais..., 2007. Disponível em: <[http://abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007\\_TR570428\\_9381.pdf](http://abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR570428_9381.pdf)>. Acesso em: 30 maio 2016.

SOUZA, A. S.; SEGATTO-MENDES, A. P. The Competence Accumulation Process in the Technology Transference Strategy. *Brazilian Administration Review*, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 125-138, apr./june, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SI807-76922008000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI807-76922008000200004). Acesso em: 28 maio 2016.

TIDD, J.; BESSANT, J. *Gestão da inovação*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2009.

WANKE, P.; ARKADER, R.; HIJJAR, M. F. The relationship between logistics sophistication and drivers of the outsourcing of logistics activities. *Brazilian Administration Review* (BAR), Curitiba, v. 5, n. 4, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SI807-76922008000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI807-76922008000400002)>. Acesso em: 30 maio 2016.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e método*. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.