



**LISBOA
SCHOOL OF
ECONOMICS &
MANAGEMENT**

**MESTRADO
GESTÃO E ESTRATÉGIA INDUSTRIAL**

**TRABALHO FINAL DE MESTRADO
TRABALHO DE PROJETO**

**INFLUÊNCIA DA PERCEÇÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
NA INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL. APLICAÇÃO A TRÊS
HOSPITAIS.**

MIGUEL PEREIRA E SIMÃO RAPOULA

SETEMBRO – 2014

**MESTRADO EM
GESTÃO E ESTRATÉGIA INDUSTRIAL**

TRABALHO FINAL DE MESTRADO
TRABALHO DE PROJETO

INFLUÊNCIA DA PERCEÇÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
NA INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL. APLICAÇÃO A TRÊS
HOSPITAIS.

MIGUEL PEREIRA E SIMÃO RAPOULA

ORIENTAÇÃO:

PROF. VÍTOR CORADO SIMÕES

SETEMBRO – 2014

AGRADECIMENTOS

Em resultado de um período de aprendizagem, trabalho e dedicação, o presente Trabalho Final de Mestrado teve a colaboração de algumas pessoas, às quais agradeço desde já a ajuda despendida.

Gostaria de agradecer em primeiro lugar ao orientador, Professor Vítor Corado Simões, pela abertura e disponibilidade demonstrada em acolher-me como seu orientando, assim como pelo seu espírito crítico, orientações, sugestões e partilha do seu imenso saber, durante a realização deste trabalho.

Um especial agradecimento às administrações hospitalares das unidades envolvidas no estudo, pela receptividade, e em particular ao Dr. José Mousinho, Dr. Fernando Pereira e Prof. Dr. Fernando Fonseca, chefes de serviço de Ortopedia destas, pela transmissão de conhecimentos sobre o tema em estudo.

A toda a minha família pelo apoio que me foi dado durante este período de grande esforço intelectual, em especial à minha mãe, pelo sacrifício e tempo abdicado no auxílio das tarefas do dia a dia e à minha namorada, parceira na mesma aventura académica.

Aos demais que colaboraram comigo na elaboração deste trabalho, permitindo que a sua realização fosse possível, o meu muito obrigado.

RESUMO

Sendo os serviços e a inovação cada vez mais relevantes para o desenvolvimento da economia portuguesa, a criação de vantagens competitivas, hoje, numa sociedade do conhecimento, exige ofertas mais ajustadas às exigências dos consumidores. A inovação é por isso vista como um dos principais motores para o desenvolvimento das organizações, pois o acesso privilegiado ao conhecimento e a capacidade para tirar partido do mesmo são as principais fontes para a obtenção de vantagens sustentáveis.

Com maior evidência no setor dos serviços, marcado pela intangibilidade da sua oferta, o caso particular da saúde reflete uma crescente utilização de inovações no seu desenvolvimento. Nos últimos anos, uma das áreas prioritárias de atuação inovadora tem sido a *Patient Safety (PS)*, com o objetivo de melhorar procedimentos que garantem a segurança do paciente, algo por si só implícito no ato médico.

Neste sentido, o presente estudo debruça-se sobre a influência da perceção de segurança do paciente na inovação dos serviços de ortopedia do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. (HDFE) e do Hospital Santo André, E.P.E. – Centro Hospitalar Leiria – Pombal (HSA). Suplementarmente e devido à qualidade da informação recolhida, incluir-se-á neste estudo a entrevista realizada ao chefe de serviço de ortopedia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.. O objetivo foi tentar perceber como são efetuadas alterações às rotinas, salvaguardando a *PS* e, simultaneamente, enquadrando-a no processo inovativo.

Os elementos para a recolha de informação foram as entrevistas semiestruturadas, realizadas aos chefes de serviço dos três hospitais, e o Questionário hospitalar sobre a cultura de segurança do doente (tradução do *Hospital Survey on Patient Safety* da *Agency for Healthcare Research and Quality – U.S. Department of Health and Human Services*, elaborada por Eiras e Escoval (2014)), aplicado ao HDFE e ao HSA.

Como conclusões, este Estudo refere que a origem e a tendência seguida por cada serviço no desenvolvimento de novas práticas e a atitude na promoção da *PS* no processo inovativo, influenciam a forma como a inovação nos serviços hospitalares analisados integra a preocupação com a *PS*. Por outro lado, o uso de abordagens sistémicas, onde o tema da inovação se insere, para a resolução de eventos adversos é cada vez mais uma opção para a melhoria da *PS*.

Palavras-Chave: *Patient Safety*; Gestão Hospitalar; Inovação Organizacional; Inovação de Processo; Inovação na Saúde; Hospitais Públicos Portugueses.

ABSTRACT

Being services and innovation increasingly relevant for the development of the Portuguese economy, the creation of competitive advantages today in a knowledge society requires more set offers to consumer requirements. Innovation is therefore seen as a major driver for the development of organizations as privileged access to knowledge and the ability to take advantage of it are the main sources for obtaining sustainable advantages.

Most obviously in the service sector, marked by the intangibility of its offer, the particular case of health reflects an increasing use of innovations in its development. In recent years, one of the priority areas of innovative activity has been the Patient Safety (PS), with the goal of improving procedures to ensure patient safety, something in itself implicit in the medical act.

In this sense, the present study focuses on the influence of perception of patient safety in the orthopedics service innovation at the Figueira da Foz District Hospital, E.P.E. (HDFE) and the Santo André Hospital, E.P.E. – Leiria - Pombal Hospital Center (HSA). Furthermore, and due to the quality of information collected, it will be included in this study to interview the chief of orthopedic service of the Coimbra Hospital and University Center, E.P.E.. The goal was try to understand how changes are made to routines, safeguarding PS and simultaneously framing it in the innovation process.

The elements for collecting information were semi-structured interviews conducted with service chiefs of the three hospitals, and the hospital Questionnaire on the culture of patient safety (translation of the *Hospital Survey on Patient Safety of the Agency for Healthcare Research and Quality - US Department of Health and Human Services*, made by Eiras and Escoval (2014)), and applied to HDFE and HSA.

As a conclusion, this study indicates that the origin and the trend followed by each service in the development of new practices and the attitude in promoting PS in the innovation process, influence how innovation in hospital services analyzed integrates concern with PS. Moreover, the use of systemic approaches, where the theme of innovation fits to the resolution of adverse events is increasingly an option for improving the PS.

Keywords: Patient Safety; Hospital Management; Organizational Innovation; Process Innovation; Health Innovation; Portuguese Public Hospitals.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características dos serviços	10
Tabela 2: <i>Stakeholders</i> da Inovação de Processo dos Cuidados de Saúde	13

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Inovação COTEC	5
Figura 2 – Rotinização de um Processo	9
Figura 3 – A Focalização no cliente	11
Figura 4 – Quadro conceptual para inovação em saúde	13
Figura 5 – Abordagem Sistémica e Integrada para a <i>Patient Safety</i>	18

SIGLAS

PIB	Produto Interno Bruto
PS	<i>Patient Safety</i>
EA	Evento Adverso
HDFD	Hospital Distrital da Figueira da Foz
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
HSA	Hospital de Santo André
OCDE	Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Económico
I&D	Investigação e Desenvolvimento
DH	<i>Department of Health</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
SNNIEA	Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos
DGS	Direção-Geral da Saúde
WHO	<i>World Health Organizations</i>
QI	Questões de Investigação
HSPS	<i>Hospital Survey on Patient Safety</i>
EUA	Estados Unidos da América
CTT	Correios, Telégrafos e Telefones
FMECA	<i>Failure Modes, Effects and Criticality Analysis</i>
MS	Ministério da Saúde
CA	Conselho de Administração
TI	Tecnologias de Informação

ÍNDICE

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. Inovação: Delimitando o conceito	3
2.1.1. O conceito de Inovação	3
2.1.2. Inovação e o seu âmbito de aplicação	5
2.1.2.1. Inovação de Processo.....	6
2.1.2.2. Inovação Organizacional	7
2.1.2.3. Rotinas Organizacionais	8
2.1.3. Conclusão	9
2.2. Inovação nos Serviços	9
2.3. Inovação nos Serviços de Saúde	12
2.3.1. Inovação nos Serviços Hospitalares	14
2.3.2. <i>Patient Safety (PS)</i>	15
2.3.2.1. Erro	16
2.3.2.2. Evento Adverso (EA)	16
2.3.2.3. Segurança.....	16
2.3.3. <i>Patient Safety</i> em Portugal	17
2.4. Conclusão.....	17
2.5. Questões de Investigação (QI)	18
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	19
3.1. Aspetos introdutórios sobre medição de Inovação	19
3.2. Metodologia de análise seguida	19
3.3. Estudo de Caso.....	20
3.4. Técnicas de Recolha de Informação	21
3.4.1. Questionários.....	21
3.4.2. Entrevistas	22
CAPÍTULO IV - ESTUDO DE CASOS	24
4.1. Análise das Entrevistas	24
4.1.1. Caso Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	24
4.1.2. Caso Hospital Santo André, E.P.E.	25
4.1.3. Caso Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.....	26
4.1.4. Conclusão	28
4.2. Análise dos Questionários	29
4.3. Análise Integrada	30
4.3.1. Inovação e <i>PS</i>	31
4.3.2. Contribuição da <i>PS</i> para a inovação nos serviços avaliados	32
4.3.3. Conclusão	34
CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS FACE À LITERATURA.....	35
5.1. Os resultados obtidos face à literatura: Relação entre Inovação e <i>PS</i>	35
CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA	37
6.1. Conclusões	37
6.2. Limitações.....	38
6.3. Propostas de Investigação Futura	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	I
ANEXOS	1

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Dois fatores responsáveis pelo dinamismo da economia portuguesa nas últimas décadas são o aumento do valor acrescentado dos serviços para o PIB e a aposta na inovação enquanto alavanca para o desenvolvimento. Não obstante da importância de uma economia industrial (produtos), foco da generalidade da literatura, a criação de vantagens competitivas, hoje, numa sociedade do conhecimento, exige cada vez mais produtos e serviços ajustados às exigências dos consumidores (ex.: diferenciação, flexibilidade ou criatividade). Por conseguinte, ser parte integrante desta sociedade do conhecimento remete-nos para a importância da inovação enquanto motor de desenvolvimento, uma vez que o acesso privilegiado ao conhecimento e a capacidade de tirar partido do mesmo são as bases para a obtenção de vantagens sustentáveis.

Esta evidência torna-se maior no setor dos serviços, marcado pela intangibilidade da sua oferta, pois a base da sua “matéria-prima” é o conhecimento. Como tal, um bom caso de análise é o setor da saúde, onde o recurso à inovação para alterar rotinas (ex.: *Checklist* cirúrgica) tem crescido, principalmente em áreas como a *Patient Safety (PS)*.

A conjugação entre relevância e atualidade deste tema e os fatores a seguir apresentados, representam o motivo pelo qual se pretendeu estudar a forma como a perceção da *PS*, dos serviços de ortopedia de 3 hospitais portugueses, se relaciona com a inovação e de como esta última tem em conta a própria *PS*.

Assim, o primeiro fator alia o interesse pessoal e profissional pelo setor da saúde, com o contacto preestabelecido e a garantia de cooperação por parte dos hospitais.

Em segundo lugar e decorrente da troca de opiniões com profissionais do setor da saúde, existe uma necessidade clara em alterar a forma de intervenção, ou melhorar a finalidade da gestão nos hospitais. A visão tradicional de que a gestão nestas organizações apenas serve para reduzir desperdícios e aumentar a eficiência, com base no corte de custos, é algo que preocupa estes profissionais, pois se os números são importantes para a resolução dos problemas dos hospitais, a sensibilidade inerente aos profissionais da saúde tem de ser vista como uma mais-valia, tornando necessário que não se atue numa base meramente numérica. Em terceiro e último lugar, está o facto de as investigações feitas nesta área poderem ser vistas como um acréscimo de valor em termos de ganhos clínicos, sociais e económicos, pois o combate aos eventos adversos (EA) enquadra-se no campo da gestão, dado que as intervenções nos processos e rotinas que asseguram a *PS*

são feitas recorrendo à inovação e têm por objetivo criar mecanismos de eficiência, reduzindo os erros na atividade hospitalar.

Como base empírica, usou-se dois estudos de caso sobre os quais incidiram dois métodos de recolha de informação. As entrevistas, realizadas aos chefes dos serviços de ortopedia do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. (HDFE) e do Hospital Santo André, E.P.E., e os questionários, aplicados aos respetivos serviços de ortopedia dos referidos hospitais. Adicionalmente, foi tida em conta para este estudo a entrevista realizada ao chefe de serviço de ortopedia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), devido à qualidade da informação recolhida.

Assim, o objetivo deste estudo é, por um lado, aumentar o conhecimento entre a *PS* e a inovação, tanto nas unidades hospitalares envolvidas, como para as demais interessadas, mas também contribuir para a literatura académica, no sentido de abrir caminho ao estudo de um tema atual.

Tendo em conta este objetivo, a estrutura do presente trabalho segue uma abordagem que parte do conceito genérico de inovação, particulariza o caso da inovação de processos nos serviços hospitalares e caminha para o entendimento da relação estabelecida entre a inovação de processos e a garantia da *PS*. O estudo encontra-se ainda organizado em seis capítulos, distribuídos por três partes fundamentais. A primeira refere-se à revisão da literatura, terminando com as questões de investigação. A segunda corresponde à metodologia de análise seguida no estudo empírico. Sendo que na terceira e última parte são apresentados os resultados obtidos, a discussão destes e as principais conclusões retirar do estudo, juntamente com indicações para futuras investigações.

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo tem por objetivo fornecer uma base de referência ao estudo desenvolvido, apresentando e caracterizando os conceitos de Inovação e *Patient Safety*. Assim, primeiramente aborda-se o conceito de inovação, área de crescente importância para as organizações portuguesas, particularizando os casos das inovações de processo e organizacional. De seguida, direciona-se o estudo para o setor dos serviços, em especial para a inovação nos serviços hospitalares, pois este é considerado um dos setores mais relevantes na economia portuguesa. Por último, aprofunda-se o tema da *Patient Safety*, uma das áreas prioritárias de melhoria na saúde. Ao finalizar o capítulo, estão as questões de investigação, ponto de partida para a abordagem empírica.

2.1. Inovação: Delimitando o conceito

2.1.1. O conceito de Inovação

Referindo-se a inovação, Fagerberg (2006: 1-26) afirma que este é um fenómeno “*tão antigo como a própria humanidade*”, uma vez ser inerente ao Homem a tendência de pensar em novas e melhores formas de fazer as coisas, testando-as na prática. A este respeito, também este autor esclarece a diferença entre os conceitos de inovação e de invenção, afirmando que “*invenção é a primeira ocorrência de uma ideia para um novo produto ou processo, enquanto que a inovação é a primeira tentativa de realizá-lo na prática*” (Fagerberg, 2006: 1-26). Assim, inovação representa “*a implementação de um produto (bem ou serviço) novo ou significativamente melhorado, um processo, um novo método de marketing ou um novo método organizacional nas práticas de negócio, na organização do local de trabalho ou nas relações externas*” (OCDE, 2005: 46).

Schumpeter (2003), num dos trabalhos pioneiros sobre o conceito de inovação, refere que esta pode ser vista como “ondas de destruição criativa” que reestruturam todo o mercado a favor daqueles que melhor sabem aproveitar estas discontinuidades. Este processo de destruição criativa, funciona numa lógica de ciclos repetitivos e induz a organização a recorrer às suas capacidades, com o intuito de garantir a sustentabilidade no longo prazo (Schumpeter, 1985). Segundo este autor, inovação corresponde a uma nova fonte de vantagem competitiva na criação de produtos e serviços melhorados, processos mais eficientes e a custos mais competitivos.

Tidd *et al.* (2005), por outro lado, afirmam que existem fatores, como o aumento da concorrência, que motivam o recurso à inovação, pois obrigam as organizações a uma maior eficiência de atuação. Consequentemente e apesar de Lundvall (1988) defender que

inovação e produção são áreas distintas numa organização, verifica-se uma inter-relação entre estes conceitos, pois a inovação atua sobre os fatores produtivos.

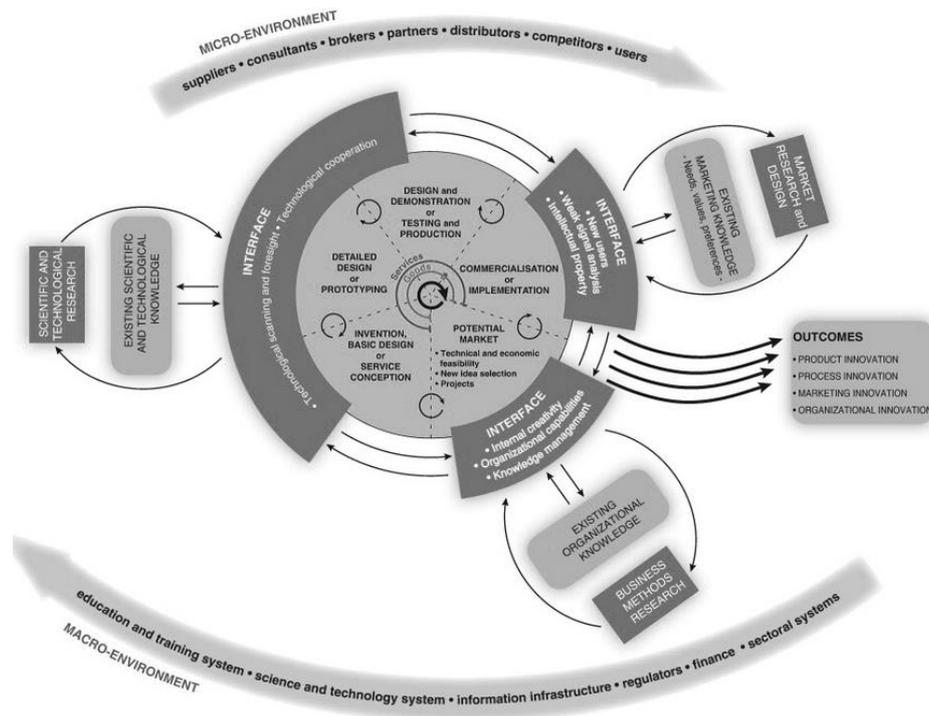
Também o conceito de novidade se associa a inovação. Smith (2006), referindo que é através da aprendizagem e criação de conhecimento que se produz algo novo, afirma que “*inovação é, por definição, a novidade*”. No entanto, o sucesso nem sempre é garantido pois o risco e incerteza estão presentes nesta atividade, sendo o resultado final esperado uma previsão que nem sempre se confirma (Lazonick, 2006).

Assim, pela reestruturação do sistema produtivo, pela introdução de novas etapas na produção ou pelo término de funções obsoletas, a inovação pode ser considerada uma fonte de valor acrescentado que visa criar novos produtos e serviços, aumentar a qualidade e/ou diminuir o custo da oferta existente (Lundvall, 1988).

De acordo com o Manual de Oslo (OCDE, 2005: 57-61), o conceito de inovação abrange quatro categorias. **Inovação de produto** – introdução de um bem/serviço novo ou significativamente melhorado, no que concerne às suas características ou usos previstos, representando os melhoramentos significativos especificações técnicas, componentes e materiais, *softwares* incorporados, facilidade de uso ou outras características funcionais. **Inovação de processo** – implementação de um método de produção/distribuição, novo ou significativamente melhorado, onde se incluem mudanças significativas em técnicas, equipamentos e/ou *softwares* (OCDE, 2005). Esta abordagem requer a adoção de uma visão do processo de negócio e a aplicação de inovação nos processos considerados chave, pois enfatiza o *como se faz* – “*how*” (Davenport, 1993). Também devido à crescente necessidade de acesso a conhecimento e informação, a mais-valia da inovação de processo é a possibilidade de alcançar grandes melhorias na redução do tempo/custo do processo, qualidade, flexibilidade, nível de serviço, ou outros objetivos estratégicos (Davenport, 1993). **Inovação organizacional** – implementação de um novo método organizacional nas práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas, resultante de decisões estratégicas por parte da gestão (OCDE, 2005). O objetivo é melhorar o desempenho da organização e reduzir custos administrativos e de transação, ao estimular a satisfação no local de trabalho (logo a produtividade), permitindo o desenvolvimento de ativos não transacionáveis (i.e., conhecimento externo não codificado). **Inovação de marketing** – implementação de novos métodos de *marketing*, incluindo mudanças no *design* do produto, embalagem, promoção e distribuição do produto e em métodos de estabelecimento de preços de bens e serviços (OCDE, 2005).

Em suma, com os mercados pautados pelo dinamismo, considera-se fundamental a utilização dos diferentes tipos de inovação para satisfazer as necessidades dos clientes e melhorar as operações internas, de modo a garantir tanto um futuro sustentável, como a criação de vantagem competitiva. Um exemplo desta articulação é o modelo de inovação da COTEC (Caraça *et al.*, 2008) (Figura 1), que expressa a influência de elementos macro e micro da envolvente e de fatores internos à organização, sobre a inovação resultante da crescente interação entre o sistema produtivo e o conhecimento.

Figura 1 – Modelo de Inovação COTEC



Fonte: Caraça *et al.* (2008)

Porém, apesar das especificidades de cada inovação, as suas diversas categorias relacionam-se, pois conforme Caraça *et al.* (2008) ilustram a “*inovação é um processo de evolução de rotinas e competências*”. É com base nesta evolução conjunta que as inovações de processo e organizacional se relacionam, pois interagem com diferentes competências, tendo ambas um impacto sobre o desempenho da organização.

2.1.2. Inovação e o seu âmbito de aplicação

Conforme referido, pela eficiência na produção resultar da afetação de diversos *inputs*, os diferentes tipos de inovação interrelacionam-se. Assim, o sucesso da inovação de processo requer também alterações ao nível organizacional ou nas rotinas.

2.1.2.1. Inovação de Processo

Davenport (1993: 5) refere-se a processo como “*uma ordenação específica das atividades de trabalho através do tempo e lugar, com um começo, um fim e entradas e saídas claramente identificados: uma estrutura para a ação*”. Assim, melhorias nos processos conduzem à inovação de processo, sendo os seus dois objetivos principais a qualidade do *output* e a reestruturação do processo produtivo (Johne, 1999). Ao nível dos custos, Utterback (1996) alerta que estes podem ser elevados no término das rotinas antigas e que só serão recuperados no longo prazo, após adaptação às novas rotinas.

Inovação de processo refere-se então à mudança no ato de produção/prestação do produto/serviço, que permite aumentar significativamente o valor entregue aos *Stakeholders* e melhorar as capacidades internas da organização (Johne, 1999). Tidd *et al.* (2008: 368) afirmam mesmo que “*a gestão da inovação em processos resume-se, essencialmente, à construção e incorporação de rotinas na empresa, incluindo também o aperfeiçoamento e substituição por rotinas novas, mais apropriadas para lidar com um ambiente em contínua mudança*”.

Porém, devido aos desafios na sua implementação, a mudança deve ser executada integrando e coordenando conhecimentos de diversas áreas e tendo em conta que a cultura organizacional influencia a inovação de processo (Utterback e Abernathy, 1975).

Davenport (1993), a este respeito, sublinha que, sem esquecer que o foco está em satisfazer e dar prioridade ao cliente, produzindo algo com valor acrescentado, por vezes a inovação de processo conduz a mudanças culturais (ex.: procura de melhor desempenho operacional ou capacitação dos funcionários). Para amenizar os impactos negativos destas mudanças, este autor propõe assim que se identifiquem os processos objeto de inovação (enumeração, definição das suas fronteiras, reconhecimento da relevância estratégica, avaliação da sua situação, qualificação da sua cultura e políticas), definam os níveis onde vão ser feitas as alterações, desenvolva uma visão para o processo, compreendam os processos existentes e proponham um conceito e protótipo do novo processo (Davenport, 1993). O objetivo é ter uma inovação de processo estruturada e o mais focada possível, tendo por base uma boa formulação do problema, identificando soluções baseadas nas capacidades e recursos da organização.

Davenport (1993) frisa também a necessidade em adaptar esta atuação às circunstâncias da organização, pois só assim é possível coordenar simultaneamente inovações em diferentes processos. Esta multiplicidade de inovações, no entanto, pode

ser vista de uma forma agregada. Edquist (2005) refere mesmo que a inovação organizacional representa um caso particular da inovação de processo.

2.1.2.2. Inovação Organizacional

Apesar de não haver um consenso sobre a definição de “inovação organizacional” (Lam, 2005), a maioria dos autores tem uma opinião unânime quanto à sua importância.

Porém, ao refletir tanto a criatividade individual na promoção de mudanças que beneficiem a organização, como a capacidade de reorganizar atividades (Edquist, 2005; Adams, 2006), o termo de inovação organizacional associa-se ao desenvolvimento de uma cultura e estrutura organizacional capaz de suportar a inovação, bem como à capacidade de reter colaboradores criativos (MacAdam e McClelland, 2002). Torna-se por isso benéfico o desenvolvimento de um ambiente de confiança, que propicie o contributo para o sucesso organizacional (Sousa e Monteiro, 2010).

Desta forma, a inovação organizacional não se considera uma variável independente que funcione e se justifique por si e para si própria, mas sim uma variável ao serviço da inovação, assente em fontes de “destruição criativa” (Schumpeter, 2003).

Segundo a OCDE (2005), inovação organizacional incide sobre: **Práticas de negócio** – implementação de novos métodos para a organização de rotinas e procedimentos (ex.: novas práticas para a partilha da aprendizagem e do conhecimento – codificação do conhecimento); **Organização do local de trabalho** – implementação de novos métodos de distribuição de responsabilidades e de poder de decisão entre os colaboradores para a divisão de trabalho intra e entre atividades (ex.: modelo organizacional que confira maior autonomia aos colaboradores para tomarem decisões e os encoraje a contribuir com ideias, através da flexibilização do trabalho ou da descentralização das atividades); e **Relações externas** – implementação de novos meios de organização das relações com outras organizações (ex.: estabelecimento de novas colaborações com organizações de pesquisa ou consumidores, novos métodos de integração com fornecedores ou o uso de *outsourcing* nas atividades de produção, aprovisionamento, distribuição, recrutamento e serviços auxiliares).

Porém, as mudanças referidas implicam uma combinação de diferentes inovações, pois as alterações introduzidas nos procedimentos podem ser vistas como inovação de processo, ou como inovação organizacional, uma vez que originam uma reorganização de atividades (Edquist, 2005). Esta reorganização, por sua vez, implica um reajuste de rotinas organizacionais, conceito que une a inovação de processo à organizacional.

2.1.2.3. Rotinas Organizacionais

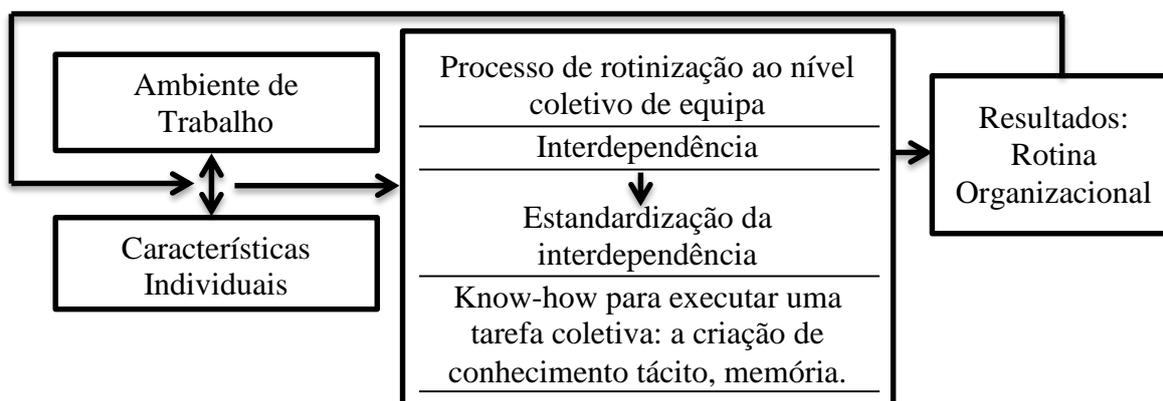
O conceito de rotina descreve-se como o envolvimento de ações sequenciais estabelecidas para tarefas de compromisso, consagradas numa mistura de tecnologias, procedimentos ou estratégias formais e convenções ou hábitos informais (Levitt e March, 1988). Importante para compreender como o conhecimento é retido e partilhado, para o desenvolvimento da estratégia de negócio e para a criação de políticas de incentivo a práticas de negócios mais benéficas (Hodgson, 2008), a rotina insere-se ainda num conjunto de conceitos coletivos (ex.: instituições ou normas), estando por isso presente em operações não triviais, como a inovação (Becker, 2008).

Apesar de o conceito de rotina se associar a grupos/organizações e o de hábito a indivíduos, o uso frequente do termo rotina como uma repetição sequencial de comportamentos individuais, implica a coexistência de ambos ao nível organizacional (Cohen *et al.* 1996; Dosi *et al.* 2002). Hodgson (2008) refere mesmo que rotina é a analogia organizacional dos hábitos individuais, ou seja, que estes representam a base da rotina organizacional, mas que esta não se esgota no somatório desses hábitos.

Assim, as rotinas organizacionais representam o elo entre as inovações de processo e organizacional, sendo o foco de mudança aquando da implementação destes dois tipos de inovação. Pela inovação de processo, tenta-se perceber a forma como os processos chave estão estruturados e quais as rotinas associadas a alterar. Pela inovação organizacional, implementam-se novas rotinas, alterando o comportamento organizacional e, conseqüentemente, a organização (Nelson e Winter, 1982).

No entanto, por vezes é o próprio desempenho da rotina que motiva a inovação do processo. Um exemplo é a possibilidade que os colaboradores têm de, no decorrer das suas atividades, realizarem alterações às tarefas (i.e., inovar), ajustando-as à realidade (Feldman, 2000), numa lógica de processo contínuo de aprendizagem (Pentland e Feldman, 2000). Esta interação entre indivíduos e organização (i.e., padrão de interdependência) é outro dos aspetos considerados importantes para a inovação nas rotinas organizacionais, pois é responsável pelo conhecimento sobre como executar tarefas coletivas (Figura 2) (Truijen *et al.*, 2007). Como tal, as equipas consideram-se o melhor nível de observação, pois incorporam características individuais e organizacionais, essenciais para perceber a estrutura dos processos (Truijen *et al.*, 2007).

Figura 2 – Rotinização de um Processo



Fonte: Adaptado de Truijen *et al.* (2007).

Analisada para além da esfera comportamental, a rotina organizacional relaciona-se com potencialidades ou capacidades (Cohen *et al.* 1996), pois inclui formas, regras, procedimentos, convenções, estratégias e tecnologias em redor de elementos macro e micro das organizações (Levitt e March, 1988). Isto leva a que a atividade de inovação esteja também dependente da forma como a organização procura oportunidades, “ouve”, processa e interpreta os sinais provenientes do ambiente, gera as atividades de acumulação de conhecimento e realiza a aprendizagem organizacional (Teece, 2007).

2.1.3. Conclusão

Em suma, o conhecimento e/ou a forma como as organizações o mobilizam para criar vantagem através da inovação, são questões centrais para o processo estratégico, particularmente em termos de tecnologia, produtos ou mercados (Leonard-Barton, 1995). A preocupação fundamental centra-se na forma específica como a organização desenvolve o seu comportamento conducente à inclusão de rotinas organizacionais caracterizadoras na sua cultura (Schein, 1984). Porém, é consensual que as dimensões usuais que descrevem a inovação e que resultam da indústria dos bens, não são plenamente aplicáveis ao contexto dos serviços (Tidd *et al.*, 2001; Chae, 2011), tornando-o um caso particular de análise em matéria de inovação.

2.2. Inovação nos Serviços

Os serviços podem ser descritos e classificados de várias formas. Cook *et al.* (1999) afirmam que não existe uma única definição de serviço que seja capaz de englobar todos os serviços e os atributos complexos que lhes estão associados. No entanto, serviço pode ser visto como uma atividade económica que cria valor e fornece benefícios ao cliente, num tempo e lugar específico, provocando uma mudança desejada no, ou em nome do

destinatário, podendo o processo estar associado a um produto físico, mas o desempenho ser essencialmente intangível, não dando origem normalmente à propriedade dos fatores de produção (Lovelock e Wright, 1999).

Britan e Lojo (1993) apresentam assim um conjunto de seis características únicas, distintas e aplicáveis na sua maioria a todos os serviços (Tabela 1).

Intangíveis	<i>Output</i> considera-se intangível, não apropriável e imaterial, levantando questões como a proteção intelectual.
Perecíveis	Por serem de natureza intangível não podem ser armazenados.
Heterógeneos	São interativos (participação conjunta do prestador e do consumidor, com produção e consumo simultâneos) e voláteis (intervenientes mudam a cada “produção”), logo inimitáveis (maioritariamente fornecidos por humanos), o que dificulta a sua consistência.
Simultâneos	Maioritariamente produzidos e consumidos ao mesmo tempo.
Transmissíveis	Apesar de muitos serviços resultarem em produtos não comparáveis, existem aspetos na prestação dos mesmos como a qualidade do atendimento, o conforto do ambiente onde o serviço é prestado, ou o tempo de resposta da organização ao pedido que são comparáveis.
Culturalmente Específicos	São afetados pelas diversidades culturais dos diversos países, principalmente os que resultam de organizações que atuam, na sua maioria, internacionalmente.

Tabela 1
Características dos serviços.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Bitran e Lojo (1993) p. 271 - 282.

Porém, apesar do peso dos serviços nas economias avançadas da OCDE rondar os três quartos do valor acrescentado e do emprego (European Commission, 2011), grande parte da análise da inovação recai ainda sobre a indústria transformadora (i.e., produtos). Thomke (2003) explica que a própria abordagem ao conceito de inovação nos serviços teve como aproximação a definição de inovação de produto, pois era vista como uma função de I&D. Tal, levou Miles (2006) a questionar-se se as características específicas dos serviços condicionam a trajetória de inovação associada, diferenciando-se da seguida pela indústria. Ainda assim, esta tendência tem-se alterado, surgindo cada vez mais estudos sobre inovação nos serviços (de Jong *et al.*, 2003; Chae, 2011).

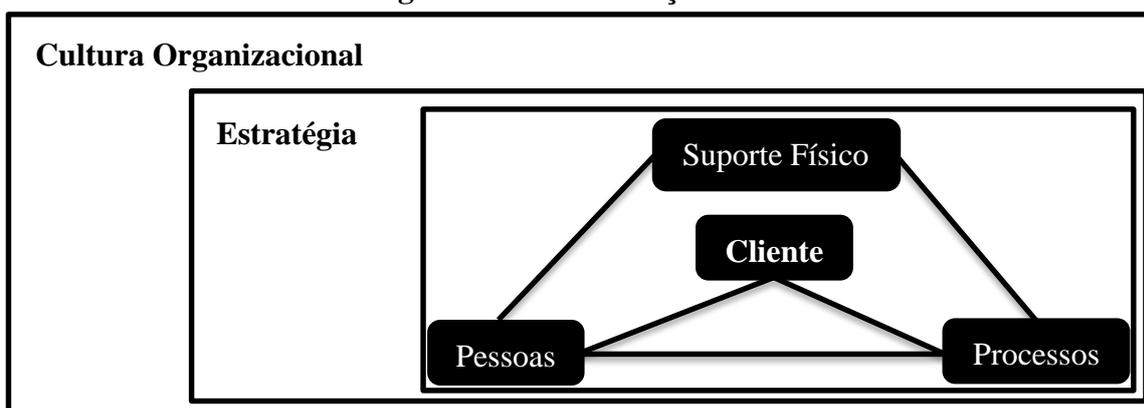
Sundbo e Gallouj (1998) afirmam existirem forças internas e externas que proporcionam o desenvolvimento de inovação nos serviços (i.e., “*driving forces*”). As internas dizem respeito ao tipo de gestão e estratégia empresarial, à estrutura formalizada de I&D e aos colaboradores. Já as externas referem-se a “trajetórias”, ou seja, ideias que se propagam pelo sistema social (i.e., redes internacionais ou países) através de “agentes” externos às organizações, logo difíceis de serem identificados, e a “agentes” (i.e., pessoas,

empresas ou organizações), que têm um comportamento crucial para a prestação do serviço, sendo o seu objetivo definir quer as oportunidades tecnológicas, quer as de mercado, envolvendo-se no processo de inovação.

Um dos fatores que influencia os *driving forces* é a característica da especificidade cultural. Bitran e Lojo (1993) referem que o contexto cultural onde um serviço é produzido e/ou consumido pode ser considerado um atributo do próprio serviço. Em sua opinião, “a cultura influencia as expectativas e comportamentos dos consumidores e prestadores do serviço, bem como as lacunas que possam existir entre as suas orientações culturais podem aumentar ou diminuir a partir do momento da interação entre estes.” (Britan e Lojo, 1993: 275). Assim, se a escassa orientação para o mercado é uma das principais causas de fracasso de soluções inovadoras (Cooper, 2001), nos serviços esta situação é ainda mais crítica devido às suas especificidades.

Segundo a Figura 3, uma das formas de ultrapassar este problema é apostar numa cultura organizacional adequada, uma vez que esta influencia a estratégia e a inovação nos serviços, refletindo-se ao nível do sistema de prestação do serviço, das decisões de planeamento de recursos e do desenvolvimento de procedimentos de controlo (Dantas, 2011). A origem desta influência é a articulação de elementos organizacionais (ex.: cultura organizacional ou recursos humanos e capitais), ou a implementação de novos métodos organizacionais nas práticas de negócio (Bitran e Lojo, 1993).

Figura 3 – A Focalização no cliente



Fonte: Adaptado de Dantas (2011).

Por outro lado, estudos recentes concluem que a abordagem que coloca no centro da análise o serviço em si, ao invés das necessidades fundamentais dos clientes, é insuficiente (Bettencourt, 2010; Christensen *et al.*, 2005). A justificação para tal prende-se com a dificuldade em saber o que os clientes valorizam, pela resistência à inovação e pela falta de reforço do *status quo*, ou seja, passar da posição de “criar valor para o cliente” para a de “criar valor com o cliente” (Bettencourt *et al.*, 2013).

No entanto, as inovações que predominam nos serviços são as que envolvem pequenas e incrementais alterações nos processos e procedimentos (de Jong *et al.*, 2003), conducentes a desafios que as organizações tentam superar, como a facilidade de imitação ou a existência de alternativas (diferenciação) (Dantas, 2011).

Verifica-se assim que a inovação nos serviços tem vindo a crescer por via da sua interação com diversas competências nas organizações, levando ao surgimento de uma abordagem integradora (bens e serviços), intitulada teoria de inovação conjunta (Gallouj e Weinstein, 1997). Tal justifica-se pela insuficiência da aplicação da teoria de inovação do produto (bens) nos serviços, pois o “produto” neste caso apresenta especificidades que tornam por vezes difícil a distinção entre o processo e o próprio *output* final.

Um bom exemplo de análise são os serviços na área da saúde devido às suas características inerentes, ao elevado grau de contacto entre os agentes e à necessidade que urge em melhorar ou encontrar novas formas de tratamento.

2.3. Inovação nos Serviços de Saúde

No que à inovação diz respeito, o setor da saúde tem procurado alternativas para melhorar os seus serviços. Serve de exemplo a provisão de cuidados de saúde através da oferta de programas de verificação de saúde, rastreios, testes ou acompanhamento após o tratamento. Sakellarides (2008) define inovação em saúde como

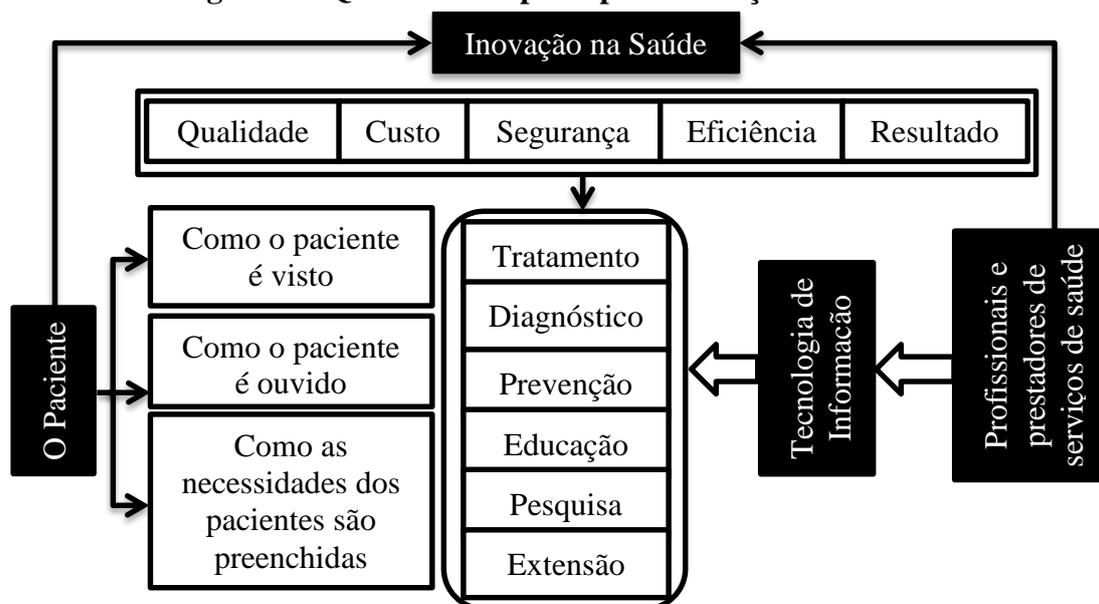
“um processo criativo que transforma um intangível – o conhecimento – em produtos, processos e procedimentos tangíveis, e que ao fazê-lo cria valor simultaneamente em três domínios distintos: na saúde (melhor saúde, maior qualidade nos cuidados de saúde), na economia (a partir do sistema de saúde), e na qualidade das relações entre os diferentes atores sociais na saúde (capacitando e ouvindo melhor o cidadão-cliente).”

Como tal, o setor da saúde tem assistido a uma crescente proliferação de inovações, cada vez mais abrangentes ao nível dos conhecimentos envolvidos, que visam aumentar a esperança e qualidade de vida dos pacientes, as opções de diagnóstico/tratamento, bem como a eficiência e eficácia dos custos do sistema de saúde (Omachonu e Einspruch, 2010). Porém, existem fatores como a pluralidade das habilidades ou as especialidades dos colaboradores (ex.: médicos, enfermeiros e farmacêuticos), que podem dificultar a previsão da integração de inovações (Changkaew *et al.*, 2012).

De acordo com a Figura 4, são seis os propósitos que as organizações de saúde servem – tratamento, diagnóstico, prevenção, educação, pesquisa e extensão. Para os alcançar é

necessário ter em conta fatores como a qualidade, custos, segurança, eficiência e resultados, sendo que no cerne da inovação em saúde estão as necessidades dos pacientes e os profissionais e prestadores do serviço. As tecnologias de informação, novas ou existentes, representam o caminho para chegar à inovação. Assim, quando bem-sucedida, a inovação na saúde reparte-se por três áreas: a forma como o paciente é visto; ouvido; e como são atendidas as suas necessidades.

Figura 4 – Quadro conceptual para inovação em saúde.



Fonte: Adaptado Omachonu e Einspruch (2010).

Desta forma, as organizações de saúde conseguem oferecer propostas de valor mais direcionadas ao paciente, sendo o seu sucesso do interesse de diversos *Stakeholders*.

<i>Stakeholders</i>	Necessidades, Desejos e Expectativas
Médicos e outros prestadores de cuidados	Melhores resultados clínicos, diagnósticos e tratamentos.
Pacientes	Melhor experiência e bem-estar fisiológico e redução do tempo de espera e dos atrasos.
Organizações	Aumento da eficiência das operações internas, produtividade, qualidade, resultados e contenção de custos.
Empresas Inovadoras	Rentabilidade e melhores resultados.
Entidades Reguladoras	Redução do risco e melhoria da <i>Patient Safety</i> .

Tabela 2
Stakeholders da Inovação de Processo dos Cuidados de Saúde.
Fonte: Adaptado de Omachonu e Einspruch (2010).

Um dos casos específicos da inovação na saúde é a inovação nos serviços hospitalares, onde os processos são parte inerente do seu funcionamento.

2.3.1. Inovação nos Serviços Hospitalares

Apesar da inovação não ser algo novo, só recentemente é que esta tem ganho maior relevância para os hospitais em termos do tipo de inovação, conhecimento e gestão de processos e pesquisas relacionadas (Changkaew *et al.*, 2012). Conforme Länsisalmi *et al.* (2006) afirmam, a inovação neste tipo de serviços associa-se à criação de novos métodos de trabalho ou à implementação de tecnologias, originando novos processos, tais como estratégias de tratamento, conceitos práticos de análise do paciente ou novas estruturas organizacionais (Salge e Vera, 2009). Inovar processualmente nos serviços hospitalares deriva de um método criativo e interativo de aperfeiçoamento destes serviços, que tem subjacente a introdução ou reformulação de técnicas, procedimentos, sistemas e tecnologias de informação (Omachonu e Einspruch, 2010).

No entanto, Dixon-Woods *et al.* (2011) identificam três paradoxos relativos à implementação de inovações nos serviços hospitalares. Primeiro, o porquê da inovação potencialmente útil nem sempre ser posta em prática, sendo a justificação o facto das soluções que geram interesse pela novidade (lógica do consumo) serem as eleitas antes mesmo de estarem totalmente testadas. Segundo, apesar das abordagens cooperativas serem a melhor forma de alcançar a inovação sustentável e positiva, estar dependente destas pode perturbar a inovação. Por fim, a melhoria requer mudança, mas esta por sua vez gera novos desafios, criando dificuldade de adaptação nos sistemas de saúde.

Assim, as decisões tomadas sobre a aplicação de soluções inovadoras num sistema de saúde seguem cada vez mais uma lógica de não racionalidade coletiva, justificada pelo confronto entre os sistemas de saúde e pressões externas e internas de contínua inovação, aliado a forças emocionais, económicas e políticas fortes que prejudicam a capacidade de envolvimento num debate racional e planeado (Dixon–Woods *et al.*, 2011). Neste sentido, Länsisalmi *et al.* (2006) afirmam que a existência de barreiras à inovação neste setor se deve sobretudo à dificuldade que existe em mudar o comportamento dos profissionais em termos de práticas clínicas e de regulação hospitalar, mas também a questões financeiras, sociais, clínicas e éticas.

Conclui-se, portanto, que para além dos fatores externos já referidos, que influenciam negativamente a introdução de melhores soluções, o principal entrave à inovação nos serviços hospitalares é a posição que os profissionais da saúde adotam em relação à introdução de alterações ao seu *modus operandi*.

Associado à inovação nos serviços hospitalares na vertente processual surge o conceito *Patient Safety*. Este expressa a preocupação com a segurança do paciente em ambiente hospitalar, resultante das intervenções feitas nas rotinas organizacionais.

2.3.2. Patient Safety (PS)

Primum non nocere – Primeiro, não fazer mal – é a premissa a considerar quando se fala em cuidados de saúde, tendo sido usada na medicina hipocrática que se baseava estritamente na relação médico-doente, onde o primeiro tinha como obrigação curar o segundo, sem provocar qualquer dano, com ou sem intenção (Sousa, 2006). O conceito de *Patient Safety (PS)* define-se assim como “a redução e mitigação de atos inseguros dentro do sistema de saúde, bem como a utilização de melhores práticas indicadas que levem a resultados positivos nos pacientes” (Davies *et al.*, 2003: 12).

A crescente preocupação com este tema ganhou maior impacto com os estudos “*To Err is Human*” (Kohn *et al.*, 1999) e “*An Organization with a Memory*” (DH, 2000), o que levou à incorporação deste nas agendas políticas (ex.: Estados Unidos da América e Canadá) e conseqüentemente ao aumento do investimento neste vetor da saúde.

Porém, como a falibilidade faz parte da condição humana e não se podendo alterar esta última, resta modificar e melhorar, para atingir bons resultados, as condições de trabalho (Reason *et al.*, 2001). No caso dos hospitais, esta tarefa torna-se árdua, pois existem sistemas fortemente interligados, com presença de barreiras, salvaguardas e controlos administrativos destinados a proteger potenciais vítimas (Reason *et al.*, 2001).

Reason (1990) propõe então a teoria “*Vulnerable System Syndrome*”. Em sua opinião, o risco do acontecimento de uma falha num hospital compara-se a um “queijo suíço”, pois para ocorrer um erro é necessário que se alinhem diversos “buracos”, i.e., que haja uma sobreposição de falhas. O maior problema aqui prende-se com o estado dinâmico desses “buracos”, dado que estes se vão abrindo e fechando continuamente, alterando-se e dificultando a sua localização. Verifica-se, por isso, que as falhas latentes (ex.: carga horária de trabalho excessiva ou sistema ineficiente de comunicação) estão relacionadas com a estrutura e para que estas aconteçam, terá de existir um alinhamento de falhas não identificadas (Neto, 2006). Por outro lado, as falhas ativas (ex.: esquecimento/troca de medicação) estão relacionadas com o processo, isto é, decorrem da atuação dos profissionais de saúde (Neto, 2006). Na maior parte dos casos o paciente é vitimado por um erro com origem na base, ou seja, na estrutura.

Resumindo, uma boa estratégia *PS* implica criar, partilhar e disseminar o conhecimento para aumentar a segurança, ter em conta que sistemas complexos requerem uma abordagem inovadora e compreensiva, ter profissionais da saúde saudáveis e seguros, educar, formar e investigar em *PS* e atuar nas áreas prioritárias como a cirurgia, os erros de medicação e as infeções associadas aos cuidados de saúde.

No entanto, para melhor entender este conceito é necessário abordar outros três que o compõem (i.e., Erro, Evento Adverso e Segurança).

2.3.2.1. Erro

Kohn *et al.* (1999) definem erro como “*a incapacidade de concluir como previsto uma ação planeada (erro de execução) ou o uso de um plano errado para atingir um determinado objetivo (erro de planeamento)*”. A preocupação para o seu estudo surgiu da tentativa de eliminá-lo no contexto hospitalar, mas a forma de correção deste alterou-se, uma vez que o erro é cada vez mais visto como consequência e não como causa (Department of Health, 2000). A iniciativa para esta mudança tem partido dos Estados, que apostam fortemente na substituição da cultura de culpabilização, por uma de aprendizagem com os erros (Sousa, 2006), ou seja, na passagem de uma abordagem centrada nas pessoas para uma centrada no sistema (Department of Health, 2000).

2.3.2.2. Evento Adverso (EA)

Evento adverso define-se como “*uma ocorrência num ambiente de cuidados de saúde quando algo acontece a um paciente e o prejudica ou provoca um ferimento, resultando num erro médico ou ação de responsabilidade.*” (Davies *et al.*, 2003: 39).

Como exemplos de EA temos: falta de planeamento da cirurgia; infeções nosocomiais, decorrentes da assistência; internamento resultante de uma cirurgia/tratamento ambulatorio sem sucesso; readmissão causada por tratamento incompleto, que originou complicações; procedimentos inadequados face às diretrizes do hospital; reação adversa à medicação; e situações de morte por negligência.

2.3.2.3. Segurança

Davies *et al.* (2003: 11) afirmam que segurança é “*estar seguro, isento de ferimento ou lesão, livre de perigo*”, associando-se a qualidade, e que na vertente hospitalar representa “*a prevenção e mitigação de atos inseguros dentro do sistema de saúde*”. Porém, o desafio na sua garantia relaciona-se com a dificuldade em identificar os incidentes, pois estes só são conhecidos quando notificados (Wachter, 2007).

2.3.3. Patient Safety em Portugal

Em Portugal, a *PS* tem vindo a tornar-se um tema central na política pública da saúde. Casos como o estudo *Segurança do Doente – Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade* (ENSP, 2011), pioneiro em Portugal, ou a criação do Mestrado em Segurança do Doente, pela Escola Nacional de Saúde Pública, demonstram o crescente interesse nesta matéria.

Foi também criado o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA), com o objetivo de “*aprender com a experiência*” (DGS, 2012) e obter a máxima informação sobre EA, para que se encontre a fonte do mesmo e se proponham soluções que reduzam os impactos negativos (Sousa *et al.*, 2009). A *checklist* cirúrgica, promovida pela *World Alliance for Patient Safety*, representa outra atividade incorporada nos hospitais portugueses, sendo o seu objetivo diminuir os EA decorrentes das cirurgias (Sousa *et al.*, 2010; WHO, 2008). Por último, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde pelo Ministério da Saúde em 2009. A este compete-lhe planear, regular, coordenar e supervisionar toda a promoção da saúde, prevenção de doenças, das atividades da saúde, das instituições e serviços, quer estejam ou não integradas no Serviço Nacional de Saúde (Sousa *et al.*, 2009). Numa estratégia a 10 anos, a sua prioridade é identificar os pontos fracos da *PS* e propor melhorias.

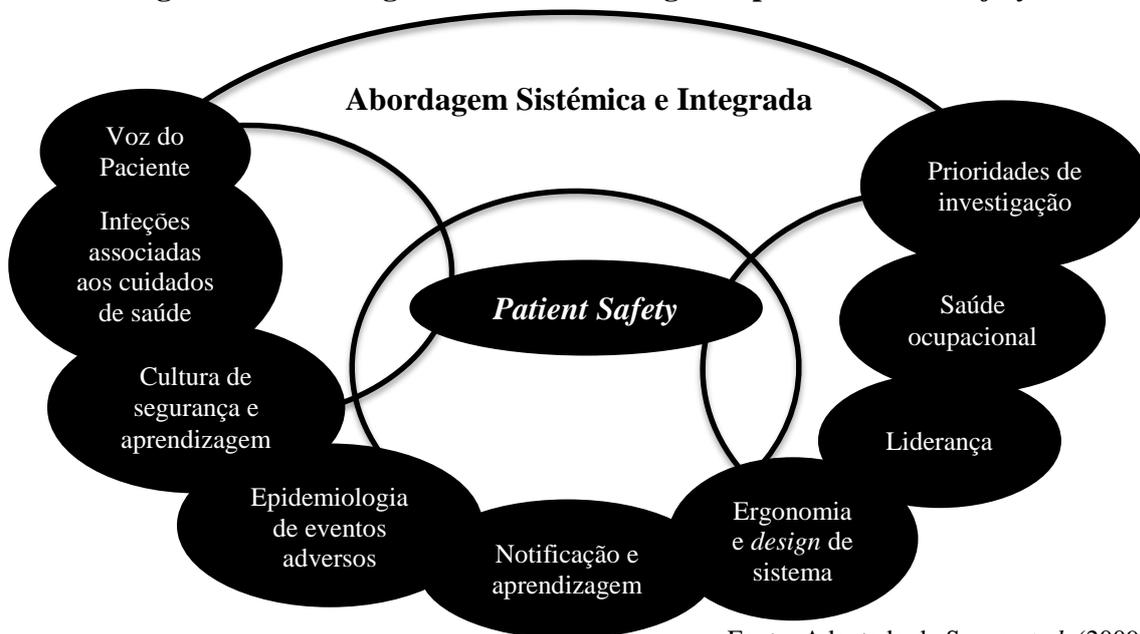
Um caso concreto de um EA em Portugal foi a cegueira, total ou parcial, de seis pacientes, resultante de uma possível troca de medicamentos na farmácia hospitalar do Santa Maria em Lisboa, a 17 de Julho de 2009 (Público, 2013). O resultado final é de conhecimento público (cegueira dos pacientes), mas a forma ou processo que deu origem ao EA foi considerado inconclusivo, segundo os Juízes da 7ª Vara Criminal de Lisboa. No entanto, vários foram os intervenientes neste processo (enfermeiros, médicos, farmacêuticos e técnicos auxiliares), o que, com base no que já foi dito, pressupõe que a falha ocorrida não foi uma falha humana pontual, mas sim uma falha sistémica.

2.4. Conclusão

A realidade onde se insere a *PS* envolve uma agregação de processos, tecnologia e interação humana no momento da prestação do serviço, motivo pelo qual este tema se torna de análise delicada. Como a exposição a “falhas” num hospital é cada vez maior (Sousa, 2006), a *PS* é vista como uma área prioritária de melhoria na saúde, sendo por isso o recurso à inovação essencial. No entanto, os “problemas de segurança” nos hospitais requerem abordagens sistémicas e integradas na implementação de soluções de

melhoria (Figura 5), para que não se focalize apenas os erros provenientes da intervenção humana, ou outras fontes singulares de erros (Sousa *et al.*, 2009).

Figura 5 – Abordagem Sistémica e Integrada para a Patient Safety.



Fonte: Adaptado de Sousa *et al.* (2009).

Assim, a melhoria de procedimentos, através da alteração de rotinas que eliminem as causas dos EA, leva à introdução de novas práticas nos processos atuais, criando versões melhoradas destes. Como tal, este tema deve ser estudado sob outras perspetivas (ex.: gestão), por forma a obter soluções mais completas, pois a capacidade para impedir EA carece ainda de melhoria.

2.5. Questões de Investigação (QI)

Deste modo, surgiu o interesse em compreender a forma como os hospitais portugueses procedem à introdução de inovações de processo que originam alterações nas rotinas organizacionais, numa perspetiva de salvaguardar a *PS*.

Assim, as QI tiveram como intuito circunscrever o tema em análise, por forma explorar as complementaridades existentes entre os conceitos. O objetivo foi perceber, por um lado, em que moldes é realizada a inovação nos serviços de ortopedia de hospitais portugueses, integrando a questão da *PS* (QI1) e, por outro, como é que a preocupação com a garantia da *PS*, interage com a inovação (QI2). Assim, as QI são:

QI1: Como é que a inovação nos serviços hospitalares em Portugal integra a preocupação com a Patient Safety?

QI2: Como é que a preocupação com a Patient Safety contribui para a inovação de processo e para a inovação organizacional nos serviços hospitalares em Portugal?

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

3.1. Aspetos introdutórios sobre medição de Inovação

Sendo a inovação um conceito difícil de medir e analisar, principalmente em processos dinâmicos (OCDE, 2005), encontrar variáveis que a quantifiquem nem sempre é fácil. Os principais motivos são a existência de aspetos que não são objetivamente mensuráveis e o erro de se pensar que a simples associação entre *inputs* e *outputs* é suficiente para estabelecer uma relação causa-efeito na inovação, desvalorizando fatores (internos e/ou externos) que a influenciam (Smith, 2006).

Auxiliariamente é então necessário compreender o esforço e o nível de sucesso do mesmo, quando uma organização inova. Porém, também aqui surgem dificuldades no que se refere, por exemplo, à seleção e avaliação de indicadores que contribuam para medir a inovação, pois estes são normalmente tidos como pouco concretos (ex.: conhecimento, cultura organizacional ou motivação) (Smith, 2006).

Conclui-se, portanto, que no que ao processo de implementação de inovações diz respeito, o mesmo segue um critério de livre arbítrio de utilização e aplicação, não havendo como tal um nível de inovação universal aconselhado, pois este depende da atividade, objetivos, características ou envolvente da própria organização (Smith, 2006).

3.2. Metodologia de análise seguida

Para tentar responder plenamente às QI formuladas, optámos por seguir uma abordagem mista, combinando técnicas de tratamento quantitativo (questionários) e qualitativo (entrevistas) (Creswell, 2003).

Paralelamente aplicaram-se as abordagens “sujeito” e “*process research*”. Com a primeira procurou-se recolher informação sobre inovação, de modo a explorar fatores que influenciem o comportamento inovador das organizações (estratégias, incentivos e barreiras) (OCDE, 2005). A segunda, assente em dois dos três “*big three*” do estudo qualitativo (i.e., observação e arquivo), teve como finalidade encontrar explicações em termos de padrões de eventos e escolhas ao longo do tempo (Langley, 2009; Mota, 2000).

Por último, adotou-se uma abordagem indutiva, pois esta permitiu reforçar o relacionamento teórico dos conceitos, através da triangulação da recolha de dados, o que contribuiu para o reforço dos constructos (Eisenhardt, 1989).

3.3. Estudo de Caso

No sentido de compreender a forma como a *Patient Safety (PS)* se relaciona com a inovação e de como esta última tem em conta a própria *PS*, usou-se o estudo de caso exploratório (Yin, 2003). A finalidade foi ultrapassar as adversidades apresentadas em matéria de medição de inovação (Yin, 2003), visto esta ser uma forma valiosa de descobrir “*o que está a acontecer, obter novos conhecimentos, fazer perguntas e/ou avaliar os fenómenos sob uma nova luz*” (Robson, 2002: 59).

Para obter resposta às QI (“como?”) com rigor metodológico, procurou-se também compreender quais as dinâmicas presentes em contextos singulares (Eisenhardt, 1989). Assim, sem controlar a realidade, o investigador assume um papel relevante na compreensão da relação entre as ações das organizações e as circunstâncias do ambiente (dinâmico e instável) que as rodeiam, procurando moderar variações estranhas e dar consistência ao estudo (Eisenhardt, 1989).

Esta investigação assenta por isso no estudo de casos múltiplos, envolvendo métodos mistos (Crewell, 2003), pois permitiu explorar fenómenos atuais à luz de uma estratégia de replicação (literal, devido ao limite temporal) e comparação de casos individuais (Yin, 2003; Eisenhardt, 1991). A utilização deste método considera-se por isso mais vantajosa que a do estudo de caso simples, pois cada caso singular pode ser usado para corroboração independente das proposições específicas, o que facilita a identificação de padrões e reduz riscos de desvios (Eisenhardt, 1991). Desta forma, como cada caso foi selecionado (tanto quanto possível) para obter resultados semelhantes, se a totalidade, ou a maioria, fornecer resultados idênticos, reforça-se a robustez do estudo (Saunders *et al.*, 1997), havendo suporte substancial para o desenvolvimento da teoria preliminar que descreve os fenómenos em causa. Por este motivo, o estudo de casos múltiplos não depende de uma lógica de amostragem representativa, pois “*os critérios típicos em relação ao tamanho da amostra são irrelevantes*” (Yin, 2003).

Porém, à semelhança de outros métodos também este apresenta fraquezas. Exemplo disso é o desenvolvimento de teorias narrativas ou excessivamente complexas, resultantes do recurso intensivo a evidência empírica (Eisenhardt, 1989). Como tal, para que seja possível a replicação deste estudo, são apresentadas todas as notas sobre o planeamento, as razões subjacentes à estratégia e método escolhido e os dados recolhidos (Marshall e Rossman, 1999).

Assim, os casos analisados foram os serviços de ortopedia (Ortopedia 1 no caso do HSA) do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. (HDFE) e do Hospital Santo André, E.P.E. – Centro Hospitalar Leiria-Pombal (HSA) (Anexo 1). Esta opção é justificada pela abertura, contacto preestabelecido e garantia de cooperação por parte dos mesmos e que quanto à escolha pelo serviço de ortopedia, o motivo foi o grau de complexidade associado às atividades realizadas, que pressupõem, à *priori*, um elevado rigor no cumprimento das regras que garantam a *PS*, por forma a evitar *EA*.

Adicionalmente, houve a iniciativa de estudar o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), mas devido ao atraso na autorização para a recolha de informação sob a forma de questionário, não foi possível considerar esta organização atempadamente como um estudo de caso. Porém, a qualidade da informação recolhida e a pormenorizada descrição da atuação do serviço de ortopedia deste hospital relativamente aos temas em análise, levou a que se considerasse uma mais-valia a inclusão da informação qualitativa recolhida via entrevista.

3.4. Técnicas de Recolha de Informação

Segundo Jick (1979), o estudo de casos assenta numa estratégia de combinação de metodologias de análise para o mesmo fenómeno (i.e., triangulação), incidindo quer sobre dados, quer sobre atores. O objetivo é garantir tanto a validade, fiabilidade e explanação da informação recolhida, como uma melhor precisão dos julgamentos feitos sobre o mesmo fenómeno (Jick, 1979). Assim, neste estudo usaram-se questionários relativos ao tema da *PS*, entrevistas que abordaram tanto a *PS* como a inovação e elementos documentais/arquivos de apoio à análise ao serviço.

3.4.1. Questionários

O uso de questionários teve como objetivo recolher dados sobre a cultura de segurança nos serviços de ortopedia do HDFE e do HSA, abordando áreas como: as perceções gerais sobre a *PS*; a frequência da notificação; o número de notificações; ou a avaliação geral da *PS*. A sua aplicação ocorreu durante os meses de Junho e Agosto de 2014 e teve como população-alvo médicos, enfermeiros e assistentes, tanto operacionais como técnicos (Anexo 2). A administração dos questionários, entregues em mão e recolhidos via CTT, ficou a cargo do secretariado de ortopedia de cada hospital, sendo que dos 78 questionários enviados, obteve-se uma taxa de resposta de 44,9% (35), dos quais 65,7%

(23) pertencem ao HDFF e 34,3% (12) ao HSA. Ainda assim, todas as respostas obtidas (35) foram consideradas válidas (Anexo 3).

O elemento de inquirição usado foi a tradução do questionário *Hospital Survey on Patient Safety (HSPS)*, da *Agency for Healthcare Research and Quality – U.S. Department of Health and Human Services* (Nieva e Sorra, 2004), elaborada por Eiras e Escoval (2014), no Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (Anexo 4). O teste desta versão portuguesa revelou-se positiva em relação à tradução, adaptação, fiabilidade e validade, carecendo ainda de melhorias na significância clínica, não havendo informação sobre as normas do mesmo.

O questionário, na sua versão original (HSPS), tem por base a revisão de questionários publicados e não publicados sobre a cultura de segurança do paciente e entrevistas presenciais e telefónicas a funcionários de hospitais nos Estados Unidos da América (EUA). Foi ainda pré testado em equipas hospitalares, para garantir que os itens são de fácil compreensão e relevantes para a segurança do paciente e a última validação foi o teste piloto feito com mais de 1400 funcionários de 21 hospitais dos EUA, no ano de 2003 (Nieva e Sorra, 2004). Os resultados foram depois analisados, examinando as estatísticas dos itens, a confiabilidade e a validade das escalas da cultura de segurança, bem como a estrutura fatorial da pesquisa através de análise fatorial exploratória e confirmatória.

3.4.2. Entrevistas

Esta investigação recorreu também a entrevistas semiestruturadas. Estas, consideradas um dos melhores métodos para obter dados válidos e confiáveis, foram fundamentais para a obter informação crucial que relacionou a teoria à prática, uma vez que se focaram naquilo que é o objetivo do estudo (Yin, 1994). Com a finalidade de recolher dados descritivos na linguagem dos entrevistados, as entrevistas semiestruturadas permitiram ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como estes interpretam os temas em análise (Bogdan e Biklen, 2010).

Assim, foram realizadas entrevistas presenciais aos chefes de serviço Dr. José Mousinho (HSA), Dr. Fernando Pereira (HDFF) e Prof. Dr. Fernando Fonseca (HUC), nos dias 21 e 22 de Abril e 26 de Junho de 2014, respetivamente. Conduzidas com suporte num guião (Anexo 5), elaborado com base na revisão da literatura, basearam-se em questões semi-diretivas, por forma a reduzir o risco de enviesamento das respostas e a evitar jargões/conceitos teóricos, desconhecidos dos entrevistados.

Só desta forma, qualitativa, foi possível compreender quer os prós e contras das decisões que promovem a *PS* através da inovação, quer as razões que levaram a atuar por essa via. Consideradas como o melhor método para perceber atitudes e opiniões relativas ao tema da cultura de segurança do paciente e ao modo de promoção dessa cultura (Saunders *et al.*, 1997), as entrevistas tiveram ainda em conta o limite temporal e a flexibilidade (característica central das entrevistas não estandardizadas).

Porém, também as entrevistas apresentam algumas limitações. Yin (1994) refere que tanto a forma como as perguntas estão formuladas, como as respostas obtidas, podem ser ambíguas. Este autor acrescenta ainda que a falta de dados por esquecimento ou ocultação voluntária do entrevistado ou a subjetividade nas respostas deste – responde o que é certo, ou aquilo que o entrevistador *quer* ouvir – são outras das limitações.

CAPÍTULO IV - ESTUDO DE CASOS

O objetivo deste capítulo, dividido em quatro etapas, é apresentar os resultados obtidos no estudo empírico e responder às QI.

4.1. Análise das Entrevistas

Nesta primeira etapa serão apresentados os resultados das entrevistas feitas aos chefes de serviço de ortopedia dos hospitais referidos. Estas focaram fundamentalmente a forma como: (1) é realizada a inovação nos seus serviços, integrando a questão da *PS* (QI1); e (2) a preocupação com a garantia da *PS* interage com a inovação (QI2).

No entanto, a principal finalidade desta secção é responder à QI1, explicando de que forma cada serviço analisado integra no processo inovativo a preocupação com a *PS*. Para tal, a análise dos dados baseou-se na categorização (salientar, classificar, agregar e categorizar) de trechos das entrevistas transcritas.

4.1.1. Caso Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.

A entrevista ao Dr. Fernando Pereira, chefe do serviço de ortopedia do HDFF, revelou que o recurso à inovação neste serviço é motivado pelas lacunas existentes e detetadas no mesmo. Um exemplo apontado, foi a falta de documentos que comprovassem a análise do paciente antes deste ser operado. A solução passou pela implementação de algumas das seis metas internacionais de *PS*: *correta identificação dos pacientes; comunicação eficaz; e lista de conferência para admissão ao Bloco Operatório.*

Sendo o objetivo final da inovação na *PS* a melhoria da mesma, reduzindo o risco do paciente sofrer um EA, a sua origem pode ser externa (recomendações da tutela – MS) e/ou interna (CA). No entanto, envolve sempre a direção do serviço, o serviço clínico, a enfermagem, as TI e as infraestruturas em todo o processo. Segundo nos foi relatado, o serviço é rigoroso na revisão das condições que interferem com a *PS*, pois realiza “*auditorias internas de 3 em 3 meses, analisando camas, cadeiras de rodas, piso, viatura de emergência e controlo de medicação*”.

Relativamente à melhoria de rotinas, os colaboradores são incentivados a identificar, denunciar e comunicar práticas que potenciem a ocorrência de EA, sendo-lhes facultada a possibilidade de proporem alterações a essas práticas, para reduzir a probabilidade de ocorrência de um EA, o que representa a prevalência de uma cultura aberta ao erro.

Este chefe de serviço explica também que existem duas formas de incentivar o uso de inovação no combate a EA: “*para situações rotineiras de maior frequência, apela-se*

tanto ao nível individual (competências individuais), através de sugestões/inquéritos, como ao nível coletivo (lógica de equipa), através da cooperação com a Comissão de Risco do hospital, na identificação e avaliação de situações que possam pôr em causa a PS; para inovações mais abrangentes, que envolvem não só a PS, mas também outros objetivos estratégicos ou metas orçamentais, aplica-se a lógica da hierarquia vertical (CA ou MS)”. Assim, na opinião do Dr. Fernando Pereira, o desajuste de práticas clínicas/hospitalares, que comprometam o bem-estar dos pacientes e a qualidade do serviço, são o motor para a inovação, levando a que a preocupação com a PS contribua positivamente para as inovações de processo e organizacional, no combate a EA.

Por fim, a comunicação das alterações é feita nas reuniões semanais e por circulares normativas disponíveis na intranet do hospital. No entanto, não se realizam encontros para se receber *feedback* das alterações, pois crê-se que as auditorias acabam por controlar e acompanhar os processos de inovação.

4.1.2. Caso Hospital Santo André, E.P.E.

A entrevista realizada ao Dr. José Mousinho, chefe de serviço de ortopedia 1 do HSA, revela que para além do preenchimento das lacunas existentes e detetadas no serviço (ex.: melhoria de materiais ortopédicos – biomateriais), a motivação para inovar provém da necessidade de adquirir novas competências, atualizando o conhecimento existente (ex.: melhoria do processo clínico). Neste último caso, o foco foi a melhoria do fluxo de trabalho interno, com consequências sobre o serviço prestado, motivo pelo qual este chefe de serviço afirma que *“o desajuste de práticas é visto como o motor para a inovação, mas apenas as intervenções que visam melhorias para o paciente têm a PS como primeiro objetivo”*.

Surgindo de forma continuada, as inovações não derivam de entidades externas, mas sim internas (por norma médicos) e envolvem as TI e infraestruturas. Por este motivo, os colaboradores são incentivados a identificar, denunciar e comunicar práticas mais propensas à ocorrência de EA, sendo-lhes possibilitado proporem alterações a essas práticas, o que reflete a existência de uma cultura aberta ao erro. No entanto, estas propostas podem ter duas origens: resultado de reuniões, quando o EA é complexo (método para equipas); ou sugestões (verbais/escritas) dos colaboradores (método individual). Apesar da resolução do EA ser da responsabilidade do colaborador que o identificou e comunicou (incentivo à criatividade individual), este processo é

supervisionado por uma equipa experiente. Adicionalmente, são também aceites sugestões (verbais/escritas) dos pacientes.

Por último, a comunicação das alterações é feita pelo chefe de serviço nas reuniões semanais e por circular interna. São também realizadas reuniões mensais, trimestrais, semestrais (mais usual) e anuais após finalizado todo o processo, para ver o ponto da situação, numa lógica FMECA – *Failure Modes, Effects and Criticality Analysis*.

4.1.3. Caso Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

No terceiro caso apenas se realizou a entrevista, devido às questões burocráticas já referidas. A mesma, realizada ao Prof. Dr. Fernando Fonseca, chefe de serviço de ortopedia com, 32 anos de experiência no CHUC, revelou que o recurso à inovação provém da necessidade de melhorar o serviço e de se ser mais eficaz. A introdução do documento de controlo de intervenções feitas ao paciente, os testes à introdução de novos medicamentos, novas cirurgias e pequenas alterações nas instalações (ex.: pisos anti escorregadios) e nas rotinas (ex.: isolamento de pacientes infetados) são exemplos de inovações neste serviço.

No entanto, na opinião do Prof. Dr. Fernando Fonseca, inovação e *PS* situam-se em níveis diferentes, mas coexistentes. Segundo ele, inovação divide-se entre: **inovação** – algo novo que surge, útil para a atividade do serviço e que se provou que a sua utilização é benéfica; e **experimentação** – produto de investigações intensivas, estudos ou trabalhos realizados em grande parte nos centros de investigação do hospital/Universidade. Já a *PS* “*é uma necessidade que todos nós temos de colocar, pensando, e se eu estivesse lá? Tenho a garantia de que tudo corre bem?*”, não se relacionando com custos económicos. Apostar na *PS* é então garantir ao paciente que tudo é feito de acordo com as normas, sem que este seja exposto a um EA.

Em ambos os casos, não se dissociam os procedimentos que garantem a *PS* do processo de inovação, pois as alterações feitas em prol da *PS* são inerentes ao processo de alteração de um método e não descontextualizadas. É esta forma de atuação que leva o chefe de serviço do CHUC a afirmar que “*segurança e inovação não tem nada a ver, uma vez que quando inovamos por exemplo numa cirurgia, nunca deixamos de ter em conta os procedimentos de segurança em relação aos doentes*”.

Assim, quando surge um EA, a proposta de resolução é da responsabilidade do colaborador que o identifica, sendo posteriormente constituído um grupo de trabalho que avalia de forma cuidada e criteriosa o problema, baseando-se nos riscos e benefícios da

opção a tomar. Durante algum tempo usam-se em simultâneo as duas técnicas (a antiga e a nova) e opta-se pela que apresentar melhores resultados. Após efetuada a escolha, todos os colaboradores são envolvidos na mudança, sendo a comunicação desta feita via interna, entrando logo em vigor. Contudo, existe uma diferença entre a determinação da entrada em vigor e a adoção da nova rotina na prática, pois é preciso fazer sentir aos colaboradores a necessidade de mudança. Por fim, a revisão e o relato da alteração do processo ficam a cargo da equipa que introduziu a inovação.

Esta utilização simultânea de práticas deve-se ao facto de nem sempre as inovações serem a melhor opção, uma vez que a alteração de rotinas é, na opinião do Prof. Dr. Fernando Fonseca, *“a pior coisa que se pode fazer, pois as pessoas só mudam se virem resultados práticos.”* Verifica-se assim que o motor para a inovação é o incómodo que determinada prática produz, ou seja, que a mudança só acontece quando realmente a necessidade de mudança é sentida, por forma a garantir que a *PS* não é posta em causa.

Assim, apesar de ser prática incentivar a deteção e comunicação de EA (cultura aberta), o seu relato depende da postura assumida por cada colaborador e esta, por sua vez, da atitude e personalidade deste. Neste serviço, as posturas variam entre quem encare os EA com normalidade e os comunique e quem prefira a sua omissão. Porém, segundo o Prof. Dr. Fernando Fonseca, *“geralmente as intervenções também só aparecem quando existe ou se deteta um erro. O problema da cultura nasce aqui. Nunca foi preciso marcar um membro do paciente para saber onde este iria ser operado, até ter havido um EA que deu em queixa e processo disciplinar. A partir daqui toda a gente passou a marcar o corpo dos pacientes”*.

A contribuir para este facto está, na opinião deste chefe de serviço, a falta de um suporte físico com todos os procedimentos, ou seja, uma normalização de qualidade, não obrigatória a nível nacional. Porém, a não certificação deste serviço explica-se pela falta de preparação de certas áreas para serem avaliadas, mas também, segundo o nosso entrevistado, pela falta de confiança nestas certificações. Por este motivo, as iniciativas para a inovação na *PS* derivam do hospital, à exceção das da cirurgia que estão a ser impostas por entidades externas (MS) (ex.: segurança de materiais).

No entanto, para este chefe de serviço, a adesão às alterações depende da adequação do modelo. Em sua opinião, a introdução de uma inovação que não se adapte culturalmente ao meio onde está a ser implementada, leva a que os colaboradores percam a motivação, ridicularizem a prática e a abandonem, apesar de regulamentada. Exemplo disso é o caso do preenchimento da *checklist* cirúrgica, integralmente importada dos

EUA, onde era necessário repetir o processo 5 vezes em voz alta. Para combater o abandono desta prática, o serviço optou por envolver o paciente, passando a ser este a escrever no seu corpo onde vai ser operado, removendo parte da responsabilidade aos colaboradores por possíveis EA. Tais factos remetem-nos para a questão da necessidade, ou seja, “*se houver por parte dos colaboradores a necessidade de usar uma prática para garantir a PS, fazem-no, caso contrário o esforço para introduzi-la no seu dia a dia é reduzido*”, refere o Prof. Dr. Fernando Fonseca.

Relativamente às áreas onde são feitas intervenções, no sentido de melhorar a PS, as mesmas são diversas e variam consoante as disponibilidades financeiras. Alguns exemplos são: Segurança da prevenção de quedas (mudança de pisos para não escorregadio, para cumprir normas); Segurança na prevenção da face; e Segurança do próprio medicamento (grandes avanços, pois a dose já vem prescrita a computador pelo próprio médico, com a informação do doente, do medicamento e da dosagem).

Por último, foi referido existir falta de pro-atividade na fomentação da iniciativa individual/coletiva para a resolução de EA através da inovação. Nem a proximidade à Universidade tem influenciado, pois em termos de PS a questão da pro-atividade para inovar deve-se a alguns trabalhos (teses de doutoramento/mestrado) que surjam em conjunto com investigações de colegas, sendo que a carência de verbas, nos últimos tempos, tem limitado tal atuação, em temas como “procedimentos éticos”.

4.1.4. Conclusão

Concluindo e respondendo à Q11, a forma como a inovação nos serviços analisados integra a preocupação com a PS pode assumir diferentes moldes. Estes, coexistentes no mesmo serviço, dependem principalmente do tipo de inovação e da origem da mesma. Assim, existem casos onde a integração da PS no processo de inovação apenas acontece quando esta é a finalidade a ser atingida. Noutros, recorre-se à conjugação da inovação com a PS, para que as complementaridades existentes contornem adversidades como a resistência à adoção de inovações. E, por último, há ainda casos em que a PS é subordinada à inovação, servindo de exemplo a imposição por entidades externas (MS) de inovações para a melhoria da PS, que não têm em conta uma adequação do modelo às principais características do serviço.

Desta forma, o modelo seguido por cada serviço servirá de complemento à análise integrada mais adiante.

4.2. Análise dos Questionários

Esta segunda etapa resume a percepção dos colaboradores dos serviços de ortopedia do HDFF e do HSA, relativamente a cada dimensão da *PS* do questionário aplicado. Devido ao facto de não ter sido possível obter em tempo útil questionários no CHUC, o número de observações (35 respostas) ficou aquém do planeado, motivo pelo qual não se usou um programa estatístico para análise da informação.

Relativamente às dimensões do questionário (Anexo 6), elaboradas por Nieva e Sorra (2004), estas resultaram da articulação dos itens do mesmo. O cálculo das percentagens alcançadas em cada dimensão foi feito tendo em conta apenas as respostas positivas obtidas, sendo a verificação da sua positividade feita da seguinte forma, sugerida pelos autores:

1. Determinar os itens relacionados com cada dimensão, tendo em atenção aqueles que tem um sinal contrário;
2. Contar as respostas positivas para cada item da dimensão. Itens redigidos positivamente têm como resposta positiva “Concordo plenamente/Concordo” ou “Sempre/A maioria das vezes”. Já os formulados pela negativa, têm como respostas positivas “Discordo fortemente/Discordo” ou “Nunca/Raramente”;
3. Contar o número de respostas válidas para os itens da dimensão em análise; e
4. Dividir o número de respostas positivas, pelo número de respostas válidas.

O objetivo deste processo foi criar uma frequência global composta para cada dimensão, para que se identificasse quais as dimensões positivas, auxiliares à integração do tema da *PS* na inovação (Tabela 6).

Assim, em comparação com o HDFF, o HSA apresenta percentagens mais elevadas quanto à positividade de cada dimensão. No entanto, a atribuição de “Muito Bom” ao Grau de Segurança do Doente é percentualmente inferior ao atribuído no HDFF, o que pode ser explicado pelo maior número de ocorrências notificadas nos últimos 12 meses, indicando que o serviço do HSA pode estar mais suscetível à ocorrência de EA, comparativamente ao HDFF.

Dimensões	HSA				HDFE			
	1	70,8%	7	57,1%	1	73,3%	7	56,1%
	2	52,1%	8	41,7%	2	44,3%	8	46%
	3	75%	9	58,3%	3	63,6%	9	49,4%
	4	44,4%	10	29,8%	4	36,4%	10	20,7%
	5	52,1%	11	79,2%	5	64,8%	11	63,6%
	6	44,4%	12	27,8%	6	43,9%	12	28,8%
Nº de Ocorrências Notificadas	Nenhuma		1 a 2	3 a 5	Nenhuma		1 a 2	3 a 5
	54,6%		36,4%	9,1%	81%		14,3%	4,8%
Grau de Segurança do Doente	Excelente		Muito Bom	Aceitável	Excelente		Muito Bom	Aceitável
	8,3%		58,3%	33,3%	4,6%		63,6%	31,8%
Resposta Aberta	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de recursos humanos; e ✓ Excesso de carga horária e a burocracia. 				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de recursos humanos; ✓ Pouco investimento em novos equipamentos; e ✓ Não cumprimento dos protocolos que garantem a PS, por serem demasiado burocráticos. 			

Tabela 6
Resultado da análise à positividade das dimensões do questionário
 Fonte: Elaboração Própria

Desta forma, na análise integrada que a seguir se apresenta, colocaremos o foco nas seguintes dimensões positivas: *Trabalho de Equipa dentro da Unidade; Expectativas do Supervisor/Gestor & Ações que promovam a Segurança do Paciente; Aprendizagem Organizacional – Melhoramento Contínuo; Perceções Gerais da Segurança do Paciente; Comunicação Aberta; Trabalho em Equipa entre Unidades; e Transferências & Transições*. Serão também tidas em conta as atribuições de “Muito Bom” ao nível de PS no serviço e o facto de não ter sido reportado nenhum EA nos últimos 12 meses.

4.3. Análise Integrada

Esta terceira etapa divide-se em duas fases. Na primeira, conforme referido na resposta à QI1, esclarece-se qual a posição adotada por cada serviço face à integração do tema da PS na inovação, descrevendo-se a tendência seguida por cada um. Já na segunda, tendo por objetivo responder à QI2, faz-se um enquadramento da informação recolhida (i.e., dados dos questionários e opiniões dos chefes de serviço), com os principais aspetos referidos na literatura de ambos os temas em análise.

4.3.1. Inovação e PS

Com base no resultado das entrevistas, constata-se que a forma como a inovação integra a preocupação com a PS (Q11) pode seguir três tendências:

(1) **“A PS é valorizada e atua-se pró-ativamente, através da inovação, na sua promoção”** – Aqui os aspetos que contribuem favoravelmente para integração da PS no processo inovativo são: inovar de forma continuada, não só por necessidade, mas por vontade própria; as inovações partirem maioritariamente do serviço e não serem impostas por entidades externas; atribuir a responsabilidade a quem identifica o EA de propor uma nova prática, mais segura; e o desajuste de práticas ser visto como o motor para a inovação.

(2) **“A PS é valorizada, mas nem sempre a inovação tem por objetivo promovê-la”** – Neste caso, os aspetos que pesam positivamente para que a PS seja considerada no processo inovativo são: atuar antecipadamente na identificação e correção de falhas existentes, antes destas resultarem num EA; algumas inovações serem da iniciativa do próprio serviço; realização de auditorias gerais, embora sem foco na avaliação da PS; e o desajuste de práticas ser visto como um motor para a inovação. Em contrapartida, não avaliar as alterações feitas pesa negativamente, pois podem não ser detetados erros de construção das novas rotinas.

(3) **“A PS é valorizada, sendo a introdução de inovações subordinada à ultrapassagem da resistência à mudança”** – Neste caso os fatores que pesam positivamente na integração em causa, apenas funcionam quando a resistência à mudança é ultrapassada pela demonstração dos resultados favoráveis provenientes das alterações efetuadas. Assim, os aspetos favoráveis nesta tendência são: inovar sempre que há a necessidade de melhorar o serviço; comparar rotinas (antiga vs nova), optando pela que apresentar melhores resultados; e existência de iniciativa para reunir sempre que alguma atividade põe em causa a PS. Porém, a referida resistência à mudança, a inexistência de uma base documental com os procedimentos, a mudança de uma prática apenas quando esta cria incómodo e inovações em áreas centrais, como a cirurgia, serem impostas por entidades externas, pesa negativamente na pró-atividade para a integração da PS na inovação, dando a entender que esta apenas acontece quando há pressão externa.

Desta forma e com base no exposto, cada tendência descrita auxilia na resposta à Q11, aplicando-se a primeira ao HSA, a segunda ao HDFF e a terceira ao CHUC.

Complementarmente, os serviços distinguem-se ainda pela forma como apelam à criatividade interna que promova a *PS* no processo inovativo. Assim e de acordo com a análise às respostas obtidas na secção C das entrevistas (Anexo 7), o HDFF classifica-se menos pró-ativo, comparativamente ao HSA que se apresenta mais pró-ativo. Já o CHUC, apresenta uma atitude reativa, pois apenas quando existe pressão hierárquica (externa ou interna) as mudanças acontecem.

4.3.2. Contribuição da *PS* para a inovação nos serviços avaliados

A tabela que se segue tem por objetivo auxiliar a resposta à Q12, através da atribuição e comparação de categorias, desenvolvidas pelo investigador, aos serviços de ortopedia do HDFF e HSA. A informação das categorias, resultou da triangulação entre as dimensões positivas dos questionários, agregadas por temas de inovação, as opiniões dos chefes de serviço, relativas à inovação no serviço, e a revisão de literatura.

Categorias	Dimensões	HDFF	HSA
Relações Cooperativas Globais	1,9,11	++	+++
Aprendizagem Organizacional – Melhoramento Contínuo	3	+++	+++
Cooperação Interna para a Inovação	1	+++	+++
Mobilização do Conhecimento para a Inovação	1, 2 e 9	+	+++
<i>PS</i> como Prioridade	2 e 5	+	+++
Recetividade e Comunicação Aberta	2 e 7	+	+++

Legenda:

+++ : Muita evidência (verificam-se todas as dimensões)

++ : Evidência (verificam-se algumas dimensões)

+ : Pouca evidência (verifica-se apenas uma dimensão)

Tabela 7

Contribuição da PS para a inovação nos serviços de ortopedia

Fonte: Elaboração Própria

Relações Cooperativas Globais: O bom resultado do trabalho de cooperação intra (mudanças de turno) e entre (outros serviços) equipas (abordagem cooperativa), avaliado positivamente pelas dimensões *Trabalho de Equipa dentro da Unidade*, *Trabalho em Equipa entre Unidades* e *Transferências e Transições*, pode ser explicado tanto pelo facto de a inovação de processo promover a melhoria das capacidades internas, como por a inovação organizacional promover uma boa organização do local de trabalho. Em particular a dimensão *Trabalho em Equipa entre Unidades*, sugere que há uma boa sincronização entre serviços, proveniente de uma estrutura organizacional mais homogénea, do ponto de vista hospitalar, com pouca evidência de falhas latentes.

Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua: Sendo a inovação de processo um método contínuo de destruição criativa e uma evolução de rotinas e competências, pois o foco está no *como se faz* – “*how*”, a positividade da dimensão *Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua* pode indicar uma evolução das próprias capacidades, apelando à criatividade individual e coletiva. Por outro lado, a promoção da melhoria dos processos que garantem a *PS*, com base nas capacidade internas, é favorável à sustentabilidade no longo prazo da inovação de processo.

Cooperação Interna para a Inovação: A positividade da dimensão *Trabalho de Equipa dentro da Unidade* pode também explicar uma boa organização do local de trabalho (divisão do trabalho, distribuição de responsabilidades e autonomia), promovida pela inovação organizacional, aliada à valorização do trabalho em equipa. Esta dimensão pressupõe também que o processo de inovação tem em conta os padrões de interdependência que promovem o conhecimento sobre como executar tarefas coletivas. Assim, trabalhar ativamente na melhoria da *PS*, reorganizando rotinas e avaliando a eficácia das alterações feitas, indica que a preocupação demonstrada com a boa implementação de inovações (processo e organizacional), tanto cria valor para a saúde, como melhora a qualidade das relações entre os colaboradores.

Mobilização do Conhecimento para a Inovação: A dimensão *Trabalho de Equipa dentro da Unidade* positiva sugere também que o sucesso da inovação, proveniente da boa capacidade de mobilizar o conhecimento tácito individual, é motivado pela entreajuda, respeito pelos colegas e boa capacidade de coordenação e trabalho em equipa. A conjugação da positividade das dimensões *Trabalho de Equipa dentro da Unidade* e *Expectativas do Supervisor/Gestor e Ações que promovam a Segurança do Paciente*, pode, por outro lado, refletir que as inovações em redor da *PS* são eficazes, pois é valorizado o desenvolvimento de novas ideias e tarefas que promovam a fluidez e flexibilidade do trabalho. A contribuir para este facto está a positividade da dimensão *Trabalho em Equipa entre Unidades*, que sugere que a pluralidade de capacidades e especializações não constitui um entrave à integração de inovações.

PS como Prioridade: A dimensão *Expectativas do Supervisor/Gestor e Ações que promovam a Segurança do Paciente* positiva pode representar a preocupação do chefe de serviço para que sejam cumpridos os procedimentos que garantem a *PS*, pois estes demonstra uma preocupação pela qualidade do serviço prestado, um dos objetivos da inovação de processo. Presume-se por isso que a prioridade atribuída à inovação que promove a *PS* conduz à redução e mitigação de atos inseguros bem como à utilização de

práticas de tratamento mais seguras. Assim, existe maior propensão para o cumprimento do princípio base da *PS – Primum non nocere* – uma vez que a dimensão *Percepções Gerais da Segurança do Paciente* é positiva, indicando que são respeitadas todas as rotinas de segurança e dando evidências de que, a existir uma falha, esta poderá ser identificada e corrigida, antes de resultar num EA.

Recetividade e Comunicação Aberta: A recetividade do chefe de serviço a sugestões que promovam a eficiência do sistema de comunicação é justificado pela positividade da dimensão *Expectativas do Supervisor/Gestor e Ações que promovem a Segurança do Paciente*. Esta atitude pode demonstrar uma abertura no serviço para alterar rotinas suscetíveis de causarem um EA, tendo em consideração que a cultura influencia a inovação; logo as alterações devem ser executadas integrando e coordenando os conhecimentos de todos os colaboradores. Assim, o uso de *driving forces* internos (colaboradores) para o processo inovativo é evidente. Por outro lado, dimensão *Comunicação Aberta* positiva pode refletir que o objetivo final de um processo de inovação é garantir que a *PS* não é posta em causa. Assim, torna-se mais evidente a aposta na passagem de uma cultura de culpabilização, para uma de aprendizagem com os erros.

4.3.3. Conclusão

Desta forma, conclui-se que a *PS*, quando vista como um objetivo final a ser atingido, apela ao envolvimento de todos os colaboradores no processo de inovação, por forma a que a abordagem de combate aos EA seja sistémica. Quer isto dizer que, tanto a inter (no serviço) e intra (entre serviços) cooperação, como a mobilização do conhecimento para a aprendizagem contínua baseada nas capacidades e na criatividade individual, são favoráveis ao sucesso da implementação de alterações de rotinas.

Por outro lado, a existência de uma cultura aberta ao erro nos serviços analisados, promovida quer pelas iniciativas de promoção da *PS*, quer pela recetividade dos chefes de serviço a sugestões de melhoria do sistema de comunicação, sugerem a passagem de uma cultura de culpabilização, para uma de aprendizagem com os erros.

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS FACE À LITERATURA

Este capítulo tem como finalidade analisar em que medida os resultados alcançados através da investigação empírica realizada validam a literatura existente sobre *PS* e inovação nos serviços de saúde (i.e., convergentes, divergentes ou inconclusivos).

5.1. Os resultados obtidos face à literatura: Relação entre Inovação e *PS*

Relativamente ao relacionamento dos resultados obtidos com a literatura sobre inovação, conclui-se que todos os serviços analisados reconhecem a importância crescente da inovação enquanto fonte de resolução dos problemas da *PS*. Porém, a forma como é gerida a inovação e a inclusão da preocupação com a *PS* no processo inovativo diferem de serviço para serviço, devido às suas especificidades culturais.

Um dos fatores determinantes para o sucesso da implementação de inovações, evidente na literatura e observado no estudo empírico, diz respeito à sua origem. Regra geral, nos três serviços, quando a proveniência da inovação é externa (MS), não havendo uma adequação desta ao serviço em causa, a probabilidade de adoção é menor, havendo por vezes o abandono da nova prática. Em contrapartida, nos casos em que os serviços recorrem às suas capacidades internas para o desenvolvimento de novas práticas, por norma, a sua aceitação é maior. Ainda assim, no CHUC, apesar de existir uma posição dominante no serviço (estimulada ou não pelo chefe de serviço), para a adoção da nova prática, alterações ao *modus operandis* apenas são adotadas por todo o serviço à medida que cada colaborador vai sentindo a necessidade de mudar, o que evidencia alguma resistência à mudança (barreira à implementação de inovações) e inconsistência de ação entre os colaboradores.

Observando mais em detalhe o recurso à iniciativa interna, como consequência do incentivo à notificação, é importante referir também que os serviços analisados têm em conta as competências e capacidades internas, numa lógica de integrar e coordenar os conhecimentos de todos os colaboradores, com o intuito de atenuar as diferenças culturais e consequentemente reduzir a probabilidade de insucesso na implementação de novas rotinas. É por isso evidente o destaque atribuído pelos serviços à melhoria das rotinas organizacionais, uma vez que são tidos em conta no processo inovativo os hábitos individuais dos colaboradores, conforme a literatura sugere.

Com isto, torna-se visível o uso de *driving forces* internos (i.e., colaboradores), enquanto elemento central no processo de inovação. A sua utilização considera-se uma mais-valia dado a sua atuação próxima ao paciente refletir a preocupação de melhor satisfazer as necessidades do mesmo. Assim, tal como a literatura aconselha, também o processo de inovação nestes serviços coloca cada vez mais no centro da análise as necessidades fundamentais do paciente, pois por vezes a opinião deste, recolhida via inquéritos ou sugestões, é tida em conta para a melhoria das rotinas.

Em suma, verifica-se que o objetivo principal em alterar rotinas é criar novos métodos de trabalho, que originam processos que melhor garantam a *PS*, tal como é referido na literatura de inovação nos serviços hospitalares.

Em todo o caso, apesar de se terem verificado alguns dos pressupostos que a literatura sugere para combater os EA (i.e., inovações com o propósito de prevenção ou tratamento; eficiência ou segurança como fatores centrais da inovação para a *PS*; ou o envolvimento de todos os colaboradores e dos recursos à sua disposição – TI), estes continuam a ser uma realidade. A contribuir para este facto está o excesso de carga horária, referida pela maioria dos colaboradores como o principal responsável pelas falhas latentes existentes nos serviços em causa. Ainda assim, é transversal a todos os serviços o esforço feito para garantir a *PS*, numa tentativa de levar a cabo uma estratégia consistente na criação, partilha e disseminação do conhecimento sobre segurança, com recurso por vezes à criatividade dos colaboradores.

De uma forma geral, conclui-se que os resultados alcançados no estudo empírico são convergentes com a literatura apresentada. Na verdade, por ser prática nos serviços analisados a adoção de uma abordagem sistémica que previna, combata e resolva os EA, o recurso à inovação para melhorar processos, tem como objetivo encontrar a fonte principal do erro, através da aposta na mudança da cultura de culpabilização para a de aprendizagem com os erros.

CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA

O presente estudo teve como finalidade analisar a influência da percepção de segurança do paciente na inovação em serviços hospitalares, através do recurso a métodos mistos, assentando principalmente no estudo de casos. A investigação empírica incidiu sobre os serviços de ortopedia do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. (HDFE) e do Hospital Santo André, E.P.E. – Centro Hospitalar Leiria-Pombal (HSA), tendo sido, adicionalmente, incluído a entrevista realizada ao chefe de serviço de ortopedia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), devido à qualidade da informação recolhida. O objetivo foi então tentar perceber como são que efetuadas alterações às rotinas, salvaguardando a *PS* e, simultaneamente, enquadrando-a no processo inovativo.

6.1. Conclusões

O estudo desenvolvido permitiu concluir que o sucesso da integração da *PS* no processo de inovação (QI1) depende de três fatores. O primeiro refere-se ao tipo de inovação e à origem da mesma (externa vs interna), visto estes fatores influenciarem a aceitação da nova prática, conforme referido anteriormente.

O segundo diz respeito à tendência seguida por cada serviço na persecução deste objetivo (integração da *PS* na inovação). Conforme se verificou, existem três tendências seguidas: a *PS* é valorizada e atua-se pró-ativamente, através da inovação, na sua promoção; a *PS* é valorizada, mas nem sempre a inovação tem por objetivo promovê-la; e a *PS* é valorizada, mas apenas é integrada na inovação reactivamente.

O último fator relaciona-se com a atitude assumida por cada serviço na promoção da *PS* no processo inovativo. No caso do HDFE conclui-se que este é menos pró-ativo que o HSA nesta matéria e que no caso do CHUC, a sua atitude se refletiu ser reativa, ou seja, apenas sobre pressão e em último caso as alterações em prol da melhoria da *PS* são adotadas na generalidade.

Relativamente à forma como a *PS* contribui para a inovação existente nos serviços analisados (QI2), conclui-se que cada vez mais se utiliza uma abordagem sistémica para a resolução de EA, passando a ser a *PS* o tema central ao invés da atribuição de culpa aos colaboradores pelos erros cometidos. Esta abordagem permite assim a existência de uma cultura aberta ao erro e que se combata o mesmo com base na contribuição que cada colaborador faz, tendo em conta as suas capacidades e conhecimentos.

Desta forma e devido à escassez de exemplos e teorias que relacionam a inovação com a *PS*, o Estudo que aqui se apresenta contribui de forma recíproca, através de exemplos reais, tanto para o início de um novo capítulo na análise destas temáticas, aplicadas às organizações hospitalares, como para o reforço da associação destas na literatura.

6.2. Limitações

Este trabalho apresenta duas limitações, uma de natureza teórica e outra de carácter prático. A primeira respeita ao facto de a associação estabelecida entre os conceitos em análise ser recente e, como tal, a existência de literatura que os relacione ser reduzida. Numa tentativa de abrir caminho ao estudo da relação entre a *PS* e a inovação, poder-se-á, mais tarde, vir a comprovar outras tendências não demonstradas neste estudo, algo que deriva desta limitação.

A segunda tem a ver com a falta de informação proveniente dos questionários do CHUC, precisamente aquele que tem um serviço de ortopedia de maior dimensão. Este facto, veio dificultar a retirada de conclusões mais seguras, pois o número de observações do inquérito efetuado foi reduzida. Além disso, impossibilitou a inclusão deste hospital enquanto estudo de caso.

6.3. Propostas de Investigação Futura

Como proposta de investigação futura, sugere-se uma análise mais em detalhe da relação entre a cultura dos serviços analisados com a inovação, do papel do chefe de serviço no estímulo da inovação e a realização de entrevistas aos médicos do serviço, de forma a obter as suas perceções sobre as interações entre *PS* e inovação.

Seria também interessante o desenvolvimento de um método de recolha de informação capaz de avaliar simultaneamente as temáticas da inovação e da *PS*, ou que cada dimensão do questionário usada fosse testada novamente, por forma a que o modelo proposto seja afinado e suscetível de aplicação a outros serviços/hospitais.

Por último, o Estudo poderia ser alargado a mais serviços de ortopedia, inclusive, a todos os serviços de ortopedia em Portugal, de forma a obter um perfil mais preciso das relações entre *PS* e inovação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R. (2006). Innovation measurement: a review. *International Journal of Management Review*, 8(1), 21-47.
- Barata, J. M. (2011). *Inovação nos Serviços: conceitos, modelos e medidas. Um aplicação ao sector bancário*. Lisboa: Departamento de Economia ISEG/UTL - Teaching Economics Working Papers.
- Becker, M. C. (2008). *Handbook of Organizational Routines*. Cheltenham, Glos: Edward Elgar Publishing Ltd.
- Bettencourt, L. (2010). *Service innovation: How to go from customer needs to breakthrough services*. New York: McGraw-Hill.
- Bettencourt, L., Brown, S., & Sirianni, N. (2013). The secret to true service innovation. *Business Horizons*, 56, 13-22.
- Britan, G. R., & Lojo, M. (1993). A Framework for Analyzing Service Operations. *European Management Journal*, 11(3), 271-282.
- Caraça, J., Ferreira, J. L., & Mendonça, S. (2007). *A chain-interactive innovation model for the learning economy: Prelude for a proposal*. ISEG. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Chae, B. K. (2012, February). An evolutionary framework for service innovation: Insights of complexity theory for service science. *Int. J. Production Economics*, 135(2), 813-822.
- Changkaew, L., Vadhanasindhu, P., Taweangsakulthai, D., & Chandrachai, A. (2012). Three Dimensions Model: Stage for Service innovation in Hospital. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 4(2), 806-814.
- Christensen, C., Cook, S., & Hall, T. (2005). Marketing malpractice: The cause and the cure. *Harvard Business Review*, 83(12), 74-83.
- Cohen, M. D., Burkhart, R., Dosi, G., Egidi, M., Marengo, L., Warglien, M., & Winter, S. (1996). Routines and Other Recurring Action Patterns of Organizations: Contemporary Research Issues. *Industrial and Corporate Change*, 5(3), 653-698.
- Cook, D., Goh, C., & Chung, C. (1999). Service typologies: a state of the art survey. *Production and Operation Management*, 8(3), 318-338.
- Cooper, R. (2001). *Winning at New Products - Accelerating the Process from Idea to Launch* (3^a ed.). New York: Basic Books.
- Creswell, J. W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. University of Nebraska, Lincoln: Sage Publication.

- Dantas, J. (2011). O Desenvolvimento de Novos Serviços. In J. Dantas, & A. C. Moreira, *O Processo de Inovação* (pp. 189-232). Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Davenport, T. H. (1993). *Process Innovation. Reengineering Work through Information Technology*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Davies, J. M., Hébert, P., & Hoffman, C. (2003, Outubro). *The Canadian Patient Safety Dictionary*. Retrieved Outubro 15, 2013, from Royal College: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient_safety_dictionary_e.pdf
- de Jong, J. P., Bruins, A., Dolfsma, W., & Meijaard, J. (2003). *Innovation in service firms explored: what, how and why?* Zoetermeer: EIM Report.
- DGS, O. (2012). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos*. Retrieved Dezembro 28, 2013, from <http://seguranca.dgs.pt/SNNIEA/>
- DH - Controller of Her Majesty's Stationery Office. (2000). *An organisation with a memory*. London: The Stationery Office.
- Dixon-Woods, M., Amalberti, R., Goodman, S., Bergman, B., & Glasziou, P. (2011). Problems and promises of innovation: why healthcare needs to rethink its love/hate relationship with the new. *BMJ Qual Saf*, 20, i47-i51. doi:10.1136/bmjqs.2010.046227
- Dosi, G., Nelson, R. R., & Winter, S. G. (2002). *The Nature and Dynamics of Organizational Capabilities*. New York: Oxford University Press Inc.
- Edquist, C. (2005). Systems of innovation, perspectives and challenges. In J. Fagerberg, D. Mowery, & R. Nelson, *The Oxford Handbook of Innovation* (pp. 182-208). New York: Oxford University Press.
- Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I., & Silva-Fortes, C. (2014). The Hospital Survey in Patient Safety Culture in Portuguese hospitals: validity and reliability of the instrument. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2).
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories form Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Eisenhardt, K. M. (1991). Better Stories and Better Constructs: The case for rigor and comparative logic. *Academy of Management Review*, 16(3), 620-627.
- European Commission. (2011). *Innovation Union Competitiveness report 2011 Part III: Towards an innovative Europe - contributing to the Innovation Union*. Bruxelas: European Union.
- Fagerberg, J. (2006). Innovation: a Guide to the Literature. In J. Fagerberg, D. Mowery, & R. R. Nelson, *The Oxford Handbook of Innovation* (pp. 1-26). New York: Oxford University Press.

- Gallouj, F., & Weinstein, O. (1997). Innovation in Services. *Research Policy*, 26, 537-556.
- Hodgson, G. M. (2008). The concept of a routine. In M. C. Becker, *Handbook of Organizational Routines* (pp. 15-28). Cheltenham, Glos: Edward Elgar Publishing Ltd.
- Jick, T. D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 602-611.
- Johne, A. (1999). Success market innovation. *European Journal of Innovation Management*, 1 de Julho de 2011, 2(1), 6-11. doi:10.1108/14601069910248838
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press.
- Langley, A. (2009). Studying processes in and around organizations. In D. Buchaman, & A. Bryman, *Sage Handbook of Organizational Research Methods* (pp. 409-429). London: Sage Publications.
- Lämsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P., & Ruoranen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly*, 19, 66-72.
- Lazonick, W. (2006). The Innovative Firm. In J. Fagerberg, D. C. Mowery, & R. R. Nelson, *The Oxford Handbook of Innovation* (pp. 29-55). New York.
- Leonard-Barton, D. (1995). *Wellsprings of Knowledge: Building and Sustaining the Sources of Innovation*. Boston, Mass: Harvard Business School Press.
- Levitt, B., & March, J. G. (1988). Organizational Learning. *Annual Review of Sociology*, 14, 319-340.
- Lovelock, C., & Wright, L. (1999). *Principles of Service Marketing and Management*. Evanston: Prentice Hall.
- Lundvall, B.-A. (1988). Innovation as an interactive process: from user-producer interaction to the national system of innovation. In G. Dosi, C. Freeman, R. R. Nelson, G. Silverberg, & L. Soete, *Technical Change and Economic Theory* (pp. 349-369). London: Pinter Publisher.
- McAdam, R., & McClelland, J. (2002). Source of new product ideas and creativity practices in the UK textile industry. *Tecnovation*, 22, 113-121.
- Miles, I. (2006). Innovation in Services. In J. Fagerberg, D. C. Mowery, & R. R. Nelson, *The Oxford Handbook of Innovation* (pp. 433-459). Oxford: University Press.
- Mota, J. (2000). *Relacionamentos Industriais como Mecanismo de Coordenação de Competências: Casos da Indústria de Moldes para Plásticos*. FEUP, Porto.

- Nelson, R. R., & Winter, S. G. (1982). *An Evolutionary Theory of Economic Change*. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press/Harvard University Press.
- Neto, A. Q. (2006). Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *15º Encontro de Enfermagem da Região Sul - Enfsul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 8. Porto Alegre.
- Nieva, V., & Sorra, J. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- OCDE. (2005). *Oslo Manual: Guidelines for Collecting and Interpreting Innovation Data*. (Third ed.). Oslo: OCDE and Eurostat.
- Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 15(1). Retrieved from Inovar na saúde.
- Pentland, B. T., & Feldman, M. M. (2005). Organizational routines as a unit of analysis. *Industrial Corporate Change*, 14(5), 793-815.
- Reason, J. (1990). *Human error*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Reason, J., Carthey, J., & Leval, M. R. (2001). Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care*, ii21-ii25.
- Sakellarides, C. (2008). *Think Tank "Pensar a Saúde – Promover e Disponibilizar a Inovação aos Cidadãos"*. Retrieved Dezembro 28, 2013, from Inovar na saúde: <http://www.inovarnasaude.pt/o-que-pensamos-da-inovacao/>
- Salge, T., & Vera, A. (2009). Hospital innovativeness and organizational performance: Evidence from English public acute care. *Health Care Management Review*, 34, 54-67.
- Salter, A., & Tether, B. S. (2006). *Innovation in Service. Through the Looking Glass of Innovation Studies*. Background paper for Advanced Institute of Management (AIM) Research's Grand Challenge on Service Science.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (1997). *Research methods for business students*. Edinburgh: Pearson Education.
- Schein, E. H. (1984). Coming to a New Awareness of Organizational Culture. *Sloan Management Review*, 25(2), 3-16.
- Schumpeter, J. (1985). *A Teoria do Desenvolvimento Económico*. São Paulo: Nova Cultura.

- Schumpeter, J. A. (2003). The Process of Creative Destruction. In J. A. Schumpeter, *Capitalism, Socialism and Democracy* (pp. 81-86). USA: Taylor & Francis e-Library.
- Smith, K. (2006). Measuring Innovation. In J. Fagerberg, D. Mowery, & R. R. Nelson, *The Oxford Handbook of Innovation* (pp. 148-177). New York: Oxford University Press.
- Sousa, F., & Monteiro, I. (2010). Inovação organizacional: A eficácia do método de resolução criativa de problemas. *Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão [online]*, 9(3), 38-49.
- Sousa, P. (2006, Maio 5). Patient Safety - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Qualidade e Saúde, Acta Med Port*, 19, pp. 309-318.
- Sousa, P., Uva, A. d., Serranheira, F., Pinto, F., Ovretveit, J., Klazinga, N., . . . Terris, D. D. (2009). The Patient Safety Journey in Portugal: Challenges and Opportunities from a Public Health Perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, p. 94.
- Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (2010, Outubro 1). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 89-95.
- Sundbo, J., & Gallouj, F. (1998). *Innovation in Services, SI4S Synthesis Papers, Work package 3/4*. Oslo: STEP Group.
- Teece, D. J. (2007, June 20). Explicating Dynamic Capabilities: The Nature and Microfoundations of (Sustainable) Enterprise Performance. *Strategic Management Journal*, 28, 1319-1350. doi:10.1002/smj.640
- Thomke, S. (2003, Abril). R&D Comes to Services: Bank of America's. Pathbreaking Experiments. *Harvard Business Review*, 81(4), pp. 70-79.
- Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2001). *Managing Innovation - Integrating Technological, Market and Organizational Change* (2 ed.). John Wiley & Sons.
- Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2005). *Managing Innovation. Integrating Technological, Market and Organizational Change* (Third Edition ed.). Chichester, West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2008). *Gestão da Inovação* (3 ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Truijen, K., Hoeve, A., & Nieuwenhuis, L. (2007). *Measuring Organizational Routine change in work teams: Towards a theoretical framework for studying organizational routine change*. Netherlands: University of Twente.
- Utterback, J. M. (1996). *Mastering the Dynamics of Innovation*. Boston, Massachusetts, EUA: Harvard Business School Press.

Utterback, J., & Abernathy, W. (1975, Dezembro). A Dynamic Model of Process and Product Innovation. *Omega*, 3(6), pp. 639-656.

Wachter, R. M. (2007). *Understanding Patient Safety*. EUA: McGraw-Hill Companies Inc - LANGE. doi:10.1036/0071482776

WHO. (2008). *World Alliance for Patient Safety: Research for Patient Safety - Better Knowledge for Safer Care*. Geneva: WHO Press.

Yin, R. K. (1994). *Case study research: design and methods*. EUA: SAGE Publications.

Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage.

ANEXOS

ANEXO I – Características dos Hospitais e dos Serviços analisados

Dados do Hospital	HSA, E.P.E.	HDFE, E.P.E.	CHUC, E.P.E.
Nome	Hospital de Santo André, E.P.E.	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Número de Colaboradores	Cerca de 1300	Cerca de 600	Cerca de 7650 (dados 2012)
Área Abrangida	Leiria, Batalha, Marinha Grande, Porto de Mós e parte do concelho de Ourém	Figueira da Foz, Montemor-o-Velho e parte dos concelhos de Soure, Cantanhede, Mira e Pombal.	Distrito de Coimbra, Zona Centro e Cobertura Nacional
Dados do Serviço/Equipa			
Nome	Ortopedia I	Ortopedia	Ortopedia
Número de Colaboradores por Especialidade	9 Médicos	8 Médicos	56 Médicos
	18 Enfermeiros	16 Enfermeiros	158 Enfermeiros
	1 Assistente Técnico	1 Assistente Técnico	19 Assistentes Técnicos
	10 Assistentes Operacionais	6 Assistentes Operacionais	68 Assistentes Operacionais
Atividades Principais	Atividades Assistenciais	Consulta Externa, Bloco Operatório, Internamento e Urgência	Consulta Externa, Bloco Operatório, Internamento e Urgência
Dados do Entrevistado			
Nome	Dr. José da Graça Temudo Mousinho	Dr. Fernando Alberto Gonçalves Pereira	Prof. Dr. Fernando Fonseca
Formação	Licenciatura em Medicina	Licenciatura em Medicina	Licenciatura, Mestrado e Doutoramento em Medicina
Cargo no Serviço	Diretor de Serviço de Ortopedia I	Diretor do Serviço de Ortopedia	Diretor do Serviço de Ortopedia
Número de Anos de Experiência no Hospital	12 Anos neste Hospital	10 anos e meio neste Hospital	32 anos neste Hospital
Experiência noutros Hospitais	Nacional - HUC's	Nacional - HUC's	Nacional - HUC's
	Internacional - França, Alemanha, Itália, Suíça, Inglaterra	Internacional - Centro Hospitalar Conde de S. Januário, Macau	Internacional - Intervenções Médicas pontuais (ex.: Casablanca)

Fonte: Elaboração própria

ANEXO II – Tabela população-alvo do questionário HSPS

Tipo de Colaborador	Hospital Santo André, E.P.E.	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
Médicos	13	13
Assistentes Graduados	1	1
Assistentes Graduados	4	3
Assistentes	5	4
Internos de Formação	3	5
Enfermeiros	18	17
Enfermeiros Graduados	15	-
Enfermeiros	3	-
Assistentes	11	6
Operacionais	10	5
Técnicos	1	1
Total	42	36

Fonte: Elaboração própria

ANEXO III – Características da população-alvo do questionário HSPS

Categoria	Frequência	%	% Acumulada	Categoria	Frequência	%	% Acumulada
Hospital				Tempo no serviço			
Total	78	100%		Total	35	100%	
HDFE	23	29,49%	29,49%	< 6 meses	6	17,14%	17,14%
HSA	12	15,38%	44,87%	6 a 11 meses	0	0%	17,14%
Não Responde	43	55,13%	100%	1 a 2 anos	1	2,86%	20%
Idade				3 a 7 anos	9	25,71%	45,71%
Total	35	100%		8 a 12 anos	3	8,57%	54,28%
< 30 anos	6	17,14%	17,14%	13 a 20 anos	7	20%	74,28%
30 a 34 anos	4	11,43%	28,57%	21 ou mais anos	8	22,86%	97,14%
35 a 39 anos	4	11,43%	40%	Não Responde	1	2,86%	100%
40 a 44 anos	5	14,29%	54,29%	Tempo no Hospital			
> 45 anos	14	40%	94,29%	Total	35	100%	
Não Responde	2	5,71%	100%	< 6 meses	6	17,14%	
Sexo				6 a 11 meses	0	0%	17,14%
Total	35	100%		1 a 2 anos	1	2,86%	20%
Masculino	17	48,57%	48,57%	3 a 7 anos	6	17,14%	37,14%
Femino	17	48,57%	97,14%	8 a 12 anos	6	17,14%	54,28%
Não Responde	1	2,86%	100%	13 a 20 anos	8	22,86%	77,14%
				21 ou mais anos	7	20%	97,14%
				Não Responde	1	2,86%	100%

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO IV – Questionário Avaliação da Cultura de Segurança do Doente.

Questionário hospitalar sobre a cultura de segurança do doente

A segurança do doente é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo. Este questionário pretende avaliar as percepções de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde do seu Hospital. Com a sua participação irá contribuir para um estudo desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública.

Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos que expresse a sua opinião no momento. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Para estabelecer um quadro de referência comum, optámos por definir alguns conceitos.

Um "**incidente**" é definido por qualquer tipo de erro, acidente ou anomalia resultante, ou não, em danos para o doente.
A "**segurança do doente**" é definida como a prestação de cuidados de saúde, livre de qualquer dano.

Instruções

Este questionário pede-lhe que deixe as suas opiniões sobre a política de segurança do doente, erros médicos e relatórios de ocorrências no seu hospital e levará entre 10 a 15 minutos a responder.

Neste questionário pense no seu Serviço/unidade de trabalho como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital, onde passa a maior parte do tempo a trabalhar ou onde presta a maioria dos seus serviços clínicos.

Secção A: O seu Serviço/unidade de trabalho

Indique, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu Serviço/unidade de trabalho. Utilize para isso a escala indicada.

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Não concordo nem discordo
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo fortemente
- 6 – não se aplica

	1	2	3	4	5	6
1. Neste Serviço/unidade os profissionais entreajudam-se						
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido						
3. Quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer						
4. Neste Serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito						
5. Os profissionais trabalham mais horas, o que pode pôr em causa a segurança do doente						
6. Estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente						
7. Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a segurança do doente						
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles						

9. Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas						
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade						
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio						
12. Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si						
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos no sentido de melhorar a segurança do doente						
14. Trabalhamos em "modo de crise", tentando fazer muito, demasiado depressa						
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho						
16. Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal						
17. Neste Serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente						
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros						

Secção B: O seu supervisor/director

Indique, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu supervisor/coordenador/director ou pessoa a quem reporta directamente. Utilize para isso a escala indicada.

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Não concordo nem discordo
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo fortemente
- 6 – não se aplica

	1	2	3	4	5	6
1. O seu supervisor/director tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos						
2. O seu supervisor/director leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente						
3. Sempre que existe pressão, o meu supervisor/director quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso nos leve a seguir por alguns atalhos						
4. O meu supervisor/director revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente						

Secção C: Comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no seu Serviço/unidade de trabalho? Pense no seu Serviço/unidade de trabalho...

- 1 - Nunca
- 2 - Raramente
- 3 - Por vezes
- 4 - A maioria das vezes
- 5 – Sempre
- 6 - não se aplica

	1	2	3	4	5	6
1. É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efectuar, baseadas nos relatórios de ocorrências.						
2. Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente.						
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade.						
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos que têm maior autoridade.						
5. Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros.						
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.						

Secção D: Frequência dos relatórios de ocorrência

No seu Serviço/unidade de trabalho, quando os erros que se seguem acontecem, quantas vezes são reportados?

- 1 - Nunca
- 2 - Raramente
- 3 - Por vezes
- 4 - A maior parte do tempo
- 5 - Sempre
- 6 - não se aplica

	1	2	3	4	5	6
1. Quando um erro é cometido, <u>mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente</u> , com que frequência é reportado?						
2. Quando um erro é cometido, <u>mas não tem perigo potencial para o doente</u> , com que frequência é reportado?						
3. Quando um erro é cometido, <u>que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece</u> , com que frequência é reportado?						

Secção E: Grau de segurança do doente

Por favor atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste hospital, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta).

- Excelente
 Muito Bom
 Aceitável
 Fraco
 Muito Fraco

Secção F: O seu hospital

Indique, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu hospital.

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Não concordo nem discordo
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo fortemente
- 6 - não se aplica

	1	2	3	4	5	6

1. A direcção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente							
2. Os Serviço/unidades do hospital não se coordenam muito bem umas com as outras							
3. A situação fica caótica quando se transferem doentes de um Serviço/unidade para outro							
4. Existe boa colaboração entre os Serviço/unidades do hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente							
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno							
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do hospital							
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação pelos vários Serviços/unidades do hospital							
8. As acções da direcção do hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade							
9. A direcção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade							
10. Os Serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente							
11. As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente							

Secção G: Número de ocorrências notificadas

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios preencheu e entregou? (Escolha apenas UMA resposta)

<input type="checkbox"/>	a. Nenhum
<input type="checkbox"/>	b. 1 a 2 relatórios de ocorrência
<input type="checkbox"/>	c. 3 a 5 relatórios de ocorrência
<input type="checkbox"/>	d. 6 a 10 relatórios de ocorrência
<input type="checkbox"/>	e. 11 a 20 relatórios de ocorrência
<input type="checkbox"/>	f. 21 ou mais relatórios de ocorrência

Secção H

1. Alguma vez tinha respondido a este questionário?

Sim Não Não sei

2. Em que serviço trabalha?

3. Profissão:

- médico
- técnico de diagnostico e terapêutica
- técnico superior
- enfermeiro
- auxiliar de acção médica

- administrativo
- outro. Qual? _____

4. Experiência no serviço/unidade

- < 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 7 anos
- 8 a 12 anos 13 a 20 anos 21 ou mais anos

5. Experiência na Organização

- < 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 7 anos
- 8 a 12 anos 13 a 20 anos 21 ou mais anos

6. Idade:

- < 30 anos 30 a 34 anos 35 a 39 anos 40 a 44 anos
- > 45 anos

7. Sexo:

- feminino masculino

8. O hospital/unidade onde trabalha é acreditado?

- Sim Não Não sei

7. No âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão, usualmente interage ou tem contacto direto com doentes?

- Sim, usualmente interajo ou contacto diretamente com doentes.
- Não, usualmente não interajo ou contacto diretamente com doentes.

Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu Hospital.

Muito obrigado pela sua participação

ANEXO V – Guião para as Entrevistas

Propósito

Através das entrevistas o meu objetivo é:

- Perceber como tem lugar as inovações;
- Quais os principais objetivos quando inovam;
- Como comunicam essas alterações de rotinas à equipa (qual a visão da gestão de topo em relação à perceção de segurança do paciente na equipa);
e
- Como avaliam os resultados dessas inovações.

Depois de realizar as entrevistas, pretendo contrastar a informação recolhida com os resultados dos questionários, com foco no tema da inovação. O objetivo será então compreender como é que a *Patient Safety*, que prevalece nos serviços de ortopedia, se relaciona com a inovação em ambiente hospitalar e de como esta última tem em conta a própria *Patient Safety*.

Guião da entrevista

Dados do Hospital

- Tipo de hospital
- Número de colaboradores
- Zona geográfica abrangida

Dados do Serviço/Equipa

- Nome
- Número de colaboradores e cargos que ocupam
- Principais atividades

Dados pessoais

- Formação inicial
- Cargo que desempenha no hospital
- Tempo de atividade nesta função neste hospital
- Experiência noutros hospitais

A. Como é que a inovação neste serviço integra a preocupação com a *Patient Safety*.

1. Exemplos de inovação neste serviço?

- 1.1. De um modo geral, a que alterações obrigaram na sua implementação?

2. Porque inovaram? Foi uma necessidade? Quais as circunstâncias que impuseram essas inovações?
3. Quais os objetivos pretendidos com essas inovações?
 - 3.1. Como enquadraram a *Patient Safety* nesses objetivos?
4. Como tiveram início essas inovações?
5. Quem foi envolvido nesses processos de inovação?
6. Qual a inovação mais interessante já realizada envolvendo a *Patient Safety*?
 - 6.1. Quais os recursos envolvidos nesse processo (TI's, RH, etc.)?
 - 6.2 E com que frequência ocorrem inovações envolvendo a *Patient Safety*?

B. Como é que a *Patient Safety* contribui para a inovação neste serviço.

7. Qual a postura dos colaboradores relativamente a eventos adversos? (Conseguem identifica-los? Comunicam-nos? Propõem soluções?)
8. Quando alguma atividade põe em causa a *Patient Safety*, como procedem à sua alteração?
 - 8.1. A situação de desajuste de práticas é visto como um motor para a inovação?
 - 8.2. A *Patient Safety* é visto como um primeiro objetivos a ser atingido? Ou um meio para alcançar outros (ex.: redução de custos, quotas de formação dos colaboradores, etc.)?
 - 8.3. É imposta por entidades externas? Deriva da iniciativa do hospital?
9. Como são as inovações que envolvem a *Patient Safety* comunicadas aos colaboradores do serviço?
10. Quais as implicações que tem para os pacientes?
 - 10.1 Melhoria do bem-estar? Melhoria da qualidade do serviço prestado?

C. Criatividade

11. Quais os métodos utilizados pelo hospital para fomentar a iniciativa individual para a inovação?
 - 11.1 Existem também métodos para equipas (ex.: reuniões, *brainstorming*, etc.)?
12. Quando decidem inovar, a decisão abrange as competências de cada colaborador (lógica de equipa), ou parte superiormente (lógica da hierarquia vertical)?
13. Após a introdução de uma inovação, têm por hábito realizar um encontro para receber o *feedback* da equipa sobre como o processo correu?

ANEXO VI – Dimensões do questionário

1. Trabalho de Equipa dentro da Unidade (α de Cronbach = .83)	7. Perceções Gerais da Segurança do Paciente (α de Cronbach = .74)	9. Trabalho em Equipa entre Unidades (α de Cronbach = .80)
2. Expectativas do Supervisor/Gestor & Ações que promovam a Segurança do Paciente (α de Cronbach = .75)	8. Feedback & Comunicação sobre o Erro (α de Cronbach = .78)	10. Colaboradores (α de Cronbach = .63)
3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua (α de Cronbach = .76)	9. Comunicação Aberta (α de Cronbach = .72)	11. Transferências & Transições (α de Cronbach = .80)
4. Apoio da Gestão à Segurança do Paciente (α de Cronbach = .83)	10. Frequência de Eventos Reportados (α de Cronbach = .84)	12. Resposta Não Punitiva aos Erros (α de Cronbach = .79)

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO VII– Contributo da Secção C – Criatividade – das entrevistas para a atitude para a inovação envolvendo a PS

Hospital	Questões da Entrevista				Atitude para a Inovação envolvendo a PS
	11 – Métodos de fomentação da iniciativa individual para a inovação	11.1 – Métodos de fomentação da iniciativa coletiva para a inovação	12 – Origem das inovações	13 – Reuniões para receber <i>feedback</i>	
HDFF	Sugestões e Inquéritos	Reuniões com a Comissão de Risco	Tanto parte dos níveis intermédios como é imposta superiormente	Não têm por hábito realizar pontos de situação	Menos Pró-ativo
HSA	Reuniões e sugestões/inquéritos	Reuniões	Parte das camadas intermédias e inferiores	Reuniões e método FMECA	Mais Pró-ativo
CHUC	Pouca fomentação (só quando surgem Teses de Mestrado/Doutoramento)	Pouca fomentação (Escassez de Recursos Financeiros)	Inovações impostas em grande superiormente	A equipa responsável relata a todo o serviço as alterações	Reativo

Tabela 5

Contributo da secção C – Criatividade – para a atitude para a inovação envolvendo a PS

Fonte: Elaboração Própria