

Análise reflexiva do turismo em saúde à luz da inovação

Medical tourism analysis under the innovation perspective

Análisis reflexivo de turismo en salud la luz de la innovación

Keline Leão Ferreira¹

Dusan Schreiber²

Daniel Pedro Puffal³

Resumo: O turismo em saúde, um fenômeno recente no Brasil, representa uma importante oportunidade de expansão para as instituições de saúde que possuem instalações, recursos humanos e tecnologia de excelência. O presente trabalho desenvolve reflexão sobre esse mercado à luz de vertentes teóricas acerca da inovação, principalmente com base em Manual de Oslo, Tidd et al., Christensen e Miller e Morris. Com o propósito de subsidiar a análise foi conduzido o estudo multicaso em quatro instituições de saúde da região sul do Brasil. As evidências apontam que a participação das instituições no mercado de turismo em saúde propiciou que a inovação em produto, processo, marketing e organizacional fosse considerada um diferencial competitivo, gerado por uma nova concepção de negócio, redesenho de seus processos, adequação dos ambientes físicos, maior importância das áreas de marketing e gestão, gerando um reconhecimento externo, uma maior rede relacionamentos, cooperação entre os seus pares e atribuindo às instituições um padrão internacional de fornecimento de serviços.

Palavras-chave: Turismo em saúde. Inovação. Hospitais. Saúde.

Abstract: *Medical tourism, although being considered a recent phenomenon in Brazil, still represents an important opportunity for institutions that have health facilities, human resources and advanced technological level. This work aims to develop a reflection about this market based under the innovation theoretical perspectives. In order to support this analysis was conducted a multi case study in four health institutions located in the Brazilian south region. Results confirmed that these institutions developed innovations, classified as innovation in product, process, organizational and marketing. Moreover, the evidences indicated that the institution participation on medical tourism market, using innovation as a competitive advantage, helps to promote a new business design and organizational processes, adequate infrastructure, assigning a due importance to the marketing and management sectors, generating an external recognition, a larger network relationships, cooperation among peers, ensuring to these institutions an international standard of service delivery.*

¹ Especialista MBA Auditoria em Saúde, participante do Grupo de pesquisa Gestão na Universidade FEEVALE. Novo Hamburgo, RS, Brasil. Email: kelineleao@yahoo.com.br

² Doutor em Administração. Professor no Programa de Pós-Graduação em Qualidade Ambiental da Universidade Feevale. Novo Hamburgo, RS, Brasil. E-mail: dusan@feevale.br.

³ Doutor em Administração, Professor no Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios da UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil. E-mail: dpuffal@unisinios.br.

Keywords: *Medical tourism. Innovation. Hospital. Health.*

Resumen: *El turismo de salud, un fenómeno reciente en Brasil, representa una oportunidad importante de expansión para las instituciones que cuentan con instalaciones de salud, recursos humanos y tecnología de excelencia. El presente artículo desarrolla una reflexión sobre este mercado a la luz de las perspectivas teóricas de la innovación. Con el propósito de soportar el análisis, se realizó un estudio de caso múltiple en cuatro instituciones de salud en la región sur de Brasil. La evidencia sustenta que la participación de las instituciones en el mercado de turismo de salud propició que la innovación (de producto, proceso, marketing y organizacional) fuese considerada una ventaja competitiva obtenida a través de un nuevo diseño de negocio, rediseño de procesos, la adecuación de los entornos físicos, mayor importancia en las áreas de marketing y de gestión. Dicha ventaja fue generadora de reconocimiento externo, una red de relaciones de mayor tamaño, la cooperación con sus pares y la imputación de un estándar internacional de prestación de servicios.*

Palabras clave: *Turismo de salud. Innovación. Hospitales. Salud.*

1 INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas o mundo passou por diversas transformações, dentre as quais se destacaram as de cunho social, econômico e tecnológico. O fenômeno de globalização, que se consolidou como modelo predominante, a partir dos anos noventa do século passado, contribuiu para o rompimento de fronteiras entre os países, respaldando as mudanças nas estruturas sociais subjacentes à constituição da maioria dos países. A dicotomia de formas sociais foi acompanhada por níveis diferenciados de desenvolvimento econômico e tecnológico, decorrentes de fatores políticos e demográficos, entre outros, que contribuíram para o surgimento de oportunidades para os agentes econômicos, em nível global (Ortiz, 2003).

Um dos segmentos econômicos mais recentes e, também, mais polêmicos, a ser submetido às regras de mercado, é o setor de saúde. Tradicionalmente equiparado ao sacerdócio, pelo caráter social, o segmento de saúde, em especial em instituições públicas, sempre foi refratário a quaisquer formas de monetarização dos serviços e, também ou consequentemente, à adoção de métodos e técnicas mais avançadas de gestão. Mesmo nas instituições privadas de saúde foi possível perceber que a resistência, mesmo que velada, sempre existia, notadamente por profissionais diretamente vinculados à área operacional, como médicos e enfermeiros (Borman, 2004; Burkett, 2007; Healy, 2009; Otley, 2007).

No entanto o fenômeno de globalização e a sucessão de crises econômicas e financeiras, que ao longo das últimas décadas marcaram e abalaram as estruturas sociais e econômicas, da maioria dos países, em especial dos mais desenvolvidos, contribuíram para a revisão de conceitos e formas de interpretar a realidade circundante (Ortiz, 2003). As organizações de diversos setores, e governos, entre outros, passaram a interpretar o contexto de forma diferente, visando desenvolver as competências e capacidades necessárias para se adaptar a esta nova realidade (Spasojevic & Susic, 2010; Horowitz et al., 2007). Um dos setores onde as mudanças de mercado repercutiram com maior intensidade, exigindo a revi-

são dos paradigmas vigentes, tanto na forma de prestação de serviços, como na forma de coordenar os recursos disponíveis, foi o setor de saúde. No entanto, a referida revisão das formas de se posicionar no mercado e de atuar facultou o surgimento de novas oportunidades de negócios no referido setor. A introdução de novos métodos de gestão, que resultou em diferença de preços cobrados pelos serviços oferecidos entre os hospitais de diferentes países, mesmo com porte, estrutura e status similares (Cortez, 2008; Deloitte, 2008; Freire, 2012) suscitou o surgimento do nicho de turismo em saúde (Deloitte, 2008).

O destino da maioria dos pacientes foi principalmente a Índia, Tailândia, Hungria e África do Sul, onde diversas instituições de saúde, de capital privado, com instalações modernas e equipes altamente capacitadas se especializam em atendimento a estrangeiros. No entanto diversos outros países, como, por exemplo, o Brasil, tem manifestado interesse em participar deste novo trade turístico, estimulando as instituições de saúde a se adaptarem aos pré-requisitos exigidos por este público, que além do preço consideram, também, a qualidade das instalações, dos equipamentos e expertise da equipe médica (Otley, 2007, Brasilturis, 2013, Deutche Welle, 2014).

Com o propósito de contribuir para o debate sobre o referido tema, foi conduzido o estudo multicaso, em quatro instituições de saúde de renome, de Porto Alegre, que em 22 de março de 2013 constituíram o *cluster*, intitulado Porto Alegre Health Care (PAHC), a primeira organização público-privada do gênero no Brasil, no segmento de Turismo de Saúde (Brasilturis, 2013). A seguradora que assinou o contrato com as quatro instituições de saúde foi a Seven Corners, com sede em Indianópolis (EUA), a quarta maior do mercado norte-americano no referido segmento. Segundo a Deloitte Development, cerca de 1,6 milhões de norte-americanos viaja anualmente para realizar tratamentos médicos no exterior, motivados pela diferença de valores praticados, que podem, inclusive, proporcionar, adicionalmente, a experiência de turismo, além do procedimento médico (Brasilturis, 2013; Deutche Welle, 2014)

O objetivo norteador da pesquisa foi o de detalhar a articulação entre as instituições para constituir o *cluster*, bem como descrever o processo de adaptação e adequação do ambiente interno para o desafio do turismo em saúde, à luz das práticas de inovação organizacional. Em alinhamento com os objetivos da pesquisa os autores optaram pela abordagem qualitativa, por meio de entrevistas em profundidade com os principais executivos de quatro instituições, responsáveis pela condução do projeto de turismo em saúde. Para a coleta de evidências, de natureza discursiva, os autores escolheram a análise de narrativas, pela aderência aos objetivos e a abordagem da pesquisa.

O trabalho inicia com a revisão teórica do turismo em saúde, com o propósito de verificar a produção literária sobre o tema em tela, até o presente momento, contribuindo, desta forma para a construção da lente teórica para interpretar a realidade deste mercado. Na sequência são apresentados os conceitos acerca da inovação organizacional, com o intuito de completar o quadro teórico, que norteou o desenvolvimento da pesquisa.

2 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÔMENO DE TURISMO EM SAÚDE NO BRASIL E NO EXTERIOR

O desenvolvimento da indústria do turismo em saúde traz consigo uma série de impactos que dizem respeito ao país receptor do turista. Dentre os benefícios encontrados destacam-se incentivos em melhorias no sistema de saúde existente no país (principalmente relacionados ao desenvolvimento da infraestrutura) e a retenção dos profissionais da saúde qualificados no país onde a prática ocorre (York, 2008; Reed, 2008; Horowitz et al., 2007; Blouin, 2010; Hall, 2011; Cormany, Baloglu, 2011). No entanto os países de origem dos turistas, normalmente desenvolvidos, também se beneficiam do trade turístico médico, mesmo que de forma indireta. Com o aumento da demanda de serviços especializados nos países emergentes, aumentou a demanda de medicamentos, que na sua maioria são produzidos pelos países desenvolvidos, oportunizando o aumento de exportação (Lunt & Carrera, 2010; Deloitte, 2008, Hall, 2011).

A principal consequência para os países receptores consiste no aumento de investimentos em tecnologia e pesquisa médica que impulsionam o mercado e encorajam pacientes que pretendem contratar o melhor e mais moderno serviço de saúde (Cortez, 2008; Burkett, 2007, Cormany, Baloglu, 2011). Portanto os avanços decorrentes dos investimentos realizados para criar a infraestrutura adequada para atender o turista acabam por beneficiar não somente pacientes estrangeiros, como também o mercado interno (Garcia-Altes, 2005).

O desenvolvimento e o investimento em atividades médicas, nos países receptores, ocorrem, normalmente, em determinadas especialidades, qualificando a oferta dos serviços tanto para os pacientes estrangeiros como nacionais (Freire, 2012). Por exemplo, a popularidade dos jogos na capital indiana ocasionou o desenvolvimento e crescimento da medicina esportiva na Índia como uma nova especialidade (Gupta, 2008; Crooks et al., 2011). Já Lunt e Carrera (2010) constatam, a partir de um estudo realizado em Cuba, que a especialização de equipes médicas no tratamento de doenças dermatológicas resultou em receitas de cerca de US\$25 milhões decorrente dos serviços prestados a estrangeiros.

Segundo Healy (2009) outro motivo que impulsiona o paciente de buscar tratamento médico no exterior é a possibilidade de poder se submeter a procedimentos que ainda não estão disponíveis no seu país de origem. Dessa forma, turistas podem contar com especialização e conhecimento técnico específico bem como tecnologias avançadas (Freire, 2012). Várias pesquisas evidenciaram que nestes casos trata-se, na sua maioria, de pacientes com maior poder aquisitivo (Reed, 2008; Otley, 2007; NaRanong, NaRanong, 2011).

No entanto, o fenômeno do turismo em saúde no país receptor pode provocar alguns efeitos indesejados, como a migração de profissionais capacitados, do setor público de saúde para a rede privada, tanto devido a melhor infraestrutura e disponibilidade de equipamentos tecnologicamente mais avançados, como pelos salários mais elevados (Crooks et al., 2010; Freire, 2012). Além disso, o mercado do turismo em saúde é visto por vários segmentos da sociedade sob duras críticas por muitos ao permitir acesso ao sistema de saúde

de ponta a estrangeiros em condições financeiras para pagar pelo tratamento, ao passo em que esse mesmo serviço de qualidade superior, equivalente ao oferecido nos países desenvolvidos, não esteja disponível para classes menos favorecidas e carentes de cuidados de qualidade (Gupta, 2008; York, 2008; Hall, 2011).

Apesar da relevância da dimensão social e de toda a controvérsia que cerca o tema turismo em saúde, na medida em que cada vez mais países tem incentivado a adesão de instituições privadas de saúde, locais, para ingressar neste mercado, emerge e se torna relevante a questão econômica deste trade turístico. Conforme Deloitte (2008), o turismo em saúde representa novos riscos e competição, que induz uma nova fase do segmento, marcada pelo acirramento da competição, com novos padrões de exigência em relação à qualidade dos serviços prestados e controle de custos.

Com o objetivo de se adequar às exigências da comunidade internacional, várias instituições de saúde que priorizam o atendimento a pacientes através do modelo de turismo em saúde, têm buscado a certificação ISO, visando padronizar seus processos internos para atestar a qualidade e segurança dos serviços ofertados (Cortez, 2008; Henderson, 2004; Gupta, 2008, Hall, 2011). A acreditação é outro importante fator na escolha do destino para o turismo em saúde, tendo em vista o aumento da competição entre o crescente número de países envolvidos com o este novo nicho de mercado em saúde (Hopkins et al., 2010; Reed, 2008). A acreditação é um processo voluntário no qual uma organização autorizada avalia e acredita os serviços de saúde de acordo com uma série de padrões de qualidade nos quais são avaliados quesitos como estrutura física e processos operacionais (Borman, 2004; Blouin, Chantal, 2010).

Uma das organizações credenciadoras mais importantes é a *Joint Commission International* (JCI), a qual segue padrões americanos de qualidade na avaliação de instituições de saúde, garantindo ao turista médico a segurança dos modelos americanos de saúde (Burkett, 2007; Freire, 2012). Healy (2009) comenta que o número de instituições acreditadas pela JCI triplicou de 76 em 2005 para mais de 220 em 2008. Já Freire (2012) cita que até o ano de 2010 foram acreditados cerca de 300 hospitais e clínicas em 39 países no mundo. Segundo Lunt e Carrera (2010) e Hall (2011) a busca pela acreditação está se tornando cada vez mais relevante em virtude das decisões das maiores corretoras de seguros de aceitar cobertura apenas em instituições de saúde credenciadas ou certificadas internacionalmente de forma a garantir qualidade e segurança ao cliente.

No entanto o turismo em saúde também é sujeito à regulação governamental, que no país de origem visa criar barreiras e obstáculos aos pacientes que buscam tratamento no exterior, por meio de trâmites burocráticos e consulares. Isso ocorre especialmente em casos de procedimentos experimentais ou não foram aprovados por autoridades do governo de origem do paciente, como, por exemplo, aborto ou tratamentos de reprodução e fertilidade para casais homossexuais (Horowitz et al., 2007, NaRanong, NaRanong, 2011). Já tratamentos mais comuns e difundidos pelo mundo, principalmente quando oferecidos por instituições de renome, não necessitam tal processo burocrático (York, 2008).

O aspecto que também tem merecido destaque e é objeto de interesse de pesquisadores, refere-se ao potencial do turismo em saúde em promover a imagem do país sob o ponto de vista turístico tradicional (Freire, 2012). Muitos pacientes aproveitam a viagem ao outro país para realizar o tratamento médico para conhecê-lo sem custos adicionais durante a recuperação pós-cirúrgica oportunidade, como um período de desfrutar a hospitalidade de um destino agradável e tranquilo, repleto, muitas vezes, de belezas naturais (Spasojevic & Susic, 2010, Crooks et al., 2011). Esse é um lado bastante positivo a ser considerado em termos de oportunidades de negócios, estimulando o comércio local e aumentando as taxas de ocupação fora de época de estabelecimentos como restaurantes e hotéis, etc.

Por esse motivo, apesar do turismo em saúde envolver, essencialmente, as instituições de saúde de capital privado, os governos dos países receptores reconhecem o potencial de negócios decorrente do turismo em saúde, contribuindo para a sua promoção fora do país, visando consolidar o trade, principalmente em países desenvolvidos, como Europa e Estados Unidos. Henderson (2004), Crooks et al., (2011) e Gupta (2008) detalham, em seus estudos, o caso da Índia, onde grupos hospitalares recebem auxílio para aumento da campanha de marketing, participação e organização de feiras e eventos voltados ao turismo em saúde, além de terem criado de uma modalidade específica de visto para pacientes submetidos a tratamentos na Índia. Este visto permite ao paciente a permanência legal no país por até um ano, podendo ser renovado, além de permitir múltiplas entradas no país para acompanhamento pós-cirúrgico.

Diversos estudos realizados acerca do processo de implantação do turismo em saúde evidenciaram que dentre os maiores desafios está a quebra do paradigma em conciliar o modelo hospitalar de gestão com a hotelaria e a necessidade de infraestrutura local, que só pode ocorrer mediante a constituição de *clusters* de instituições hospitalares que tenham interesse estratégico em operar no segmento de turismo em saúde (Crooks et al., 2011; Hall, 2011; Lunt & Carrera, 2010). O termo “*cluster*” foi difundido a partir da obra “A Vantagem Competitiva das Nações” do autor Porter (1989), que elencou como condição determinante para a organização do *cluster* a existência de seguintes fatores: trabalho especializado ou infraestrutura, as condições de demanda, as indústrias correlatas e de apoio, a estratégia, a estrutura e a rivalidade de empresas.

Para Boeger (2008) a hotelaria não representa mais a quebra do paradigma no ambiente hospitalar no Brasil. Trata-se, cada vez mais, de uma realidade de uma prática de gestão consolidada, notadamente em hospitais privados de grande porte. Estas instituições descobriram que o investimento em hotelaria traz diversos benefícios, inclusive em redução de custos operacionais, ao promover a profissionalização de processos e otimizando o tempo do corpo clínico para a atividade fim. Em hospitais que ainda não implantaram o modelo de hotelaria, o setor de enfermagem é obrigado a investir um tempo significativo para realizar as tarefas assistenciais. A implantação do modelo de hotelaria representa para Boeger (2008) a condição *sine qua non*, para estruturação do processo de turismo médico.

3 INOVAÇÃO

Um dos primeiros pesquisadores a investigar a inovação no modo de agir da firma no mercado e a sua influência sobre os resultados organizacionais, foi Joseph Alois Schumpeter (1982) que desenvolveu a tese da inovação como “destruição criadora”. Enquanto que a maioria dos teóricos e pesquisadores analisava o sistema capitalista como um problema de administração da estrutura existente, ele apresentou a percepção do capitalismo como um processo de criação e destruição das respectivas estruturas. Dentro da proposta de análise desta questão ele revisou também a evolução do *modus operandi* da concorrência. Verificou que, ao longo do tempo, a concorrência migrou da competição pura com base em preço, para a disputa dos mercados consumidores no quesito de qualidade do produto e dos serviços de atendimento, estacionando na posição de busca de diferencial competitivo através de formas de organizar os recursos industriais, focando, principalmente, a produção em escala.

Ao aperfeiçoar a referida abordagem, Schumpeter (1982) defendeu a percepção de que a concorrência no sistema capitalista deve estar baseada em desenvolvimento de novos produtos, de novas técnicas, de novas fontes de suprimento e de novas formas de organização empresarial. Este tipo de concorrência é na sua opinião muito mais efetiva do que aquela que baseia a sua forma de ação nos critérios de preços, qualidade ou produção em escala. Destarte, o empreendedor capitalista que busca a diferenciação de atuação por meio da estratégia de investimento em novos produtos, novas técnicas de produção, novos fornecedores, etc., faz jus a lucros extraordinários decorrentes deste posicionamento empresarial.

É possível afirmar que seus estudos influenciaram outros pesquisadores a se interessar pelo assunto e orientaram o desenvolvimento de novas abordagens. Muitos destes pesquisadores e autores ampliaram o conceito de inovação, aplicando-o, também, na gestão de processos organizacionais, pois a caracterização do processo de inovação impacta diretamente na capacidade da organização de inovar também em processos de gestão (Nelson & Winter, 1982; Wernerfelt, 1984; Gant, 1991; Barney, 1991; Burgelman, Christensen & Wheelwright, 2012; Tidd & Bessant, 2015; Tigre, 2014).

Desta forma é facultada a reflexão sobre novas formas de organizar os recursos e tomar decisões à luz da complexidade presente, tanto no ambiente externo como no universo organizacional. Percebe-se que a competência em organizar os recursos de forma inovadora e tomar decisões com vistas à otimização dos recursos internos e aproveitamento de oportunidades prospectadas no mercado constitui a base para a construção do diferencial competitivo das organizações (Peteraf, 1993; Madhok, 1996; Volpe; Biferali, 2008; Bessant & Tidd, 2009; Tigre, 2014).

Para Rodney (2000) existem três grandes categorias de inovação, que são (i) a gestão estratégica inovativa para enfrentar as mudanças ambientais, (ii) gestão de iniciativas de mudança de caráter inovador e (iii) inovação através de criação e aplicação do conhecimento. Dentro de cada uma destas categorias a inovação é segmentada na literatura tradicional em inovação incremental e disruptiva e o autor propõe mais uma: a inovação relacionada ao conhecimento. Esta inclusão decorre do entendimento do autor de que a construção do conhecimento inclui a criação e reconhecimento do conhecimento que é socialmente construído. Desta forma, as organizações são inovadoras quando permitem que os novos conhecimentos sejam reconhecidos e aplicados, tanto em processos como os produtos.

No entanto, nem sempre é necessária a inovação radical de produtos, serviços ou de sistemas de produção ou atendimento a clientes para propiciar condições favoráveis à construção deste diferencial. É óbvio que a concepção de qualquer produto com características radicalmente diferentes de todos os concorrentes no mercado possibilita a constituição de um diferencial relevante, mas esta não é a condição possível para todos os segmentos econômicos e a custos viáveis e factíveis. Por esse motivo pequenos avanços tecnológicos são considerados representativos e relevantes (Tidd et al., 2005; Quinello & Nicoletti, 2009; Tigre, 2014).

A importância do foco na inovação para atingir níveis superiores de retorno econômico e financeiro foi representada por Mauborgne e Kim (2005) na sua metáfora do oceano azul. Nesta interpretação o mercado é segmentado em dois tipos: azul ou vermelho. O oceano azul designa o segmento de atuação onde as organizações inovadoras constituem uma reserva de mercado, com base na sua competência em desenvolver “o novo”, diferentemente do oceano vermelho, onde inúmeras empresas competem comercializando os produtos tradicionais.

A preocupação das organizações em aproveitar as oportunidades no mercado, para ampliar a sua participação, também chamou atenção de Christensen e Raynor (2003) que apresentaram a interpretação de crescimento organizacional fundamentada em inovação. Iniciam a abordagem com base na distinção de dois tipos de circunstâncias promotoras do crescimento via inovações: as circunstâncias sustentadoras (quando a concorrência se dá na melhoria de produtos com maior margem voltados para os clientes do topo da pirâmide) e disruptivas (quando a concorrência se dá na comercialização de produtos mais simples e acessíveis a clientes menos atrativos).

Neste sentido, Chaharbaghi e Newman (1996) apresentaram contribuições ao constatar que o termo inovação é também empregado para descrever o processo de mudança, além de avaliar a repercussão da adoção de novos procedimentos ou produtos no indivíduo. Destarte, a inovação passa a fazer parte do repertório cognitivo e comportamental do mesmo. Mas pode, também, consistir de uma ideia, prática ou artefato material que foi inventado ou é visto (interpretado) como novo, independentemente de sua adoção. Autores classificam a inovação, com base no foco, em quatro tipos distintos: a) no produto ou no serviço; b) no processo de produção; c) na estrutura organizacional e d) nas pessoas.

A classificação com fins de compreender melhor o fenômeno é essencial. Porém, é importante destacar que a realidade sempre pode confrontar a teoria com derivações do modelo pré-concebido. Até mesmo com base em processo de reflexão sobre o tema inovação é possível inferir que a tipologia definida por Chaharbaghi e Newman (1996) pode ou deve ser acrescida de variações decorrentes de combinação dos tipos citados. Além disso, é pertinente o estudo do timing da implementação da referida tipologia. Por onde a introdução da inovação, como prática organizacional, deve iniciar?

Neste ponto é imprescindível mencionar as contribuições de Christopher Freeman (1989) que identifica seis tipos distintos de organizações, com base em estratégias adotadas em relação a inovação tecnológica. São eles: ofensiva (busca liderança, baseada na excelência de produtos e é agressiva na atuação no mercado); defensiva (prefere ser a segunda, imita com adaptações); imitativa (copia, às vezes integralmente); dependente (clientes ou fornecedores exclusivos); oportunista (atuação com base em nichos de mercado) e tradicional (atua em setores econômicos que prescindem de inovação tecnológica – ex. machado, pá, etc).

De forma complementar Tidd et al., (2005) apresentam conceitos que agregam aos dois tipos de inovação básicos (de produto e processo) a inovação de posicionamento. A inovação de posi-

cionamento consiste de mudanças no contexto em que os produtos e serviços estão inseridos e a inovação paradigmática que compreende as mudanças nos modelos mentais subjacentes que delimitam as ações organizacionais. No entanto, os autores não desprezam a importância do grau de alteração que resulta na configuração do produto final, representada pelo binômio da inovação que caracteriza a inovação incremental e inovação radical ou disruptiva.

Para Christensen (2002), a gestão da inovação inclui elementos como marketing e produção e a organização que pretende obter êxito na implementação de processo de inovação deve procurar integrar as atividades alinhadas e contemplar esta prioridade na sua estratégia organizacional. Destarte a gestão da inovação se refere ao contexto estratégico e organizacional dos processos individuais de inovação com o objetivo de produzir produtos bem sucedidos no mercado e processos inovadores com o objetivo de racionalização de tempo e de recursos (Tidd & Bessant, 2015; Tigre, 2014).

Nesse sentido, Miller e Morris (1998) aprofundam a reflexão sobre o modelo de negócios baseados em inovação e identificaram três dimensões teóricas nas quais os mesmos se estruturam, a saber: economia, aprendizagem e gestão. A dimensão econômica caracteriza-se pela mudança da economia industrial para a economia do conhecimento. A aprendizagem, por sua vez, é o processo central para a criação de conhecimento e geração de inovações. E, por fim, a gestão define as estruturas organizacionais e os meios pelos quais a inovação e as demais atividades de uma organização são realizadas.

Neste ponto vale a pena retornar ao período histórico que serviu de cenário para as primeiras concepções acerca da inovação, pois foi o próprio Schumpeter que desenvolveu a classificação que permitiu identificar cinco tipos de inovação: novos produtos ou mudanças substanciais em produtos existentes; novos processos ou métodos de produção; novos mercados, novas fontes de recursos e novas organizações (Schumpeter, 1982). Como é possível perceber, o conceito vai além de questões tecnológicas, incluindo vários outros setores organizacionais.

Difícilmente a inovação tecnológica vem desacompanhada de inovação organizacional, que é considerada essencial e subjacente à constituição do ambiente propício para a organização de processos, tarefas e atividades que possam facilitar o ato de inovar. Segundo o Manual de Oslo, publicado por OCDE (2006), a inovação tecnológica, que está presente nas organizações, manifesta-se através da mudança em produtos e processos. Vários produtos inovadores requerem mudanças nos processos para serem levados ao mercado.

Um produto, para ser considerado tecnologicamente novo, exige inovações que podem envolver tanto as mudanças conceituais radicalmente inéditas, baseadas na combinação de tecnologias já existentes ou derivadas do uso de novo conhecimento, como também a inovação pode ser definida como a formulação, combinação ou síntese do conhecimento em novos produtos, processos ou serviços. Inovações nos processos e nos serviços podem revolucionar uma indústria, diminuindo custos, reduzindo etapas produtivas e acrescentando novas formas de serviços (Christensen, 2002; Quinello & Nicoletti, 2009; Burgelman, Christensen & Wheelwright, 2012).

4 MÉTODO

O método de pesquisa escolhido foi o estudo de caso múltiplo, por se entender que apresenta melhor aderência ao objetivo e às questões que nortearam o estudo. Tull e Hawkins (1976, p.

323) afirmam que "um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular". De acordo com Yin (2005), a preferência pelo uso do estudo de caso deve ser no estudo de eventos contemporâneos, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. O estudo foi realizado com uma visão externa dos pesquisadores, sem envolvimento nem manipulação de quaisquer informações e os fatos levantados pelo estudo são contemporâneos. Dentre as aplicações para o estudo de caso citado por Yin (2005), nesse trabalho procurou-se descrever o contexto da vida real e realizar uma avaliação descritiva.

Esta descrição baseia-se na análise de narrativa, construídas a partir da entrevista em profundidade realizada com gestores das quatro organizações pesquisadas. Após a sua transcrição, a entrevista, que, devido ao seu formato, resulta, normalmente, num texto não linear e até confuso, é interpretada e reescrita na forma de um texto coeso, fluido, na primeira pessoa, em formato de narrativa. Na sequência o mesmo foi submetido à apreciação do entrevistado, para conferência, ajustes ou contribuições. Apesar do método não ser considerado recente, ainda é tratado como inovador.

A narrativa pode ser interpretada como uma fala organizada acerca de um determinado evento, situação, assunto ou tema. Detalhando, trata-se da forma pela qual as pessoas contam suas experiências, o que elas enfatizam ou omitem, se elas se posicionam como protagonistas ou como vítimas. De certa forma, é possível afirmar que a pesquisa por meio de narrativas escritas consiste de estudo de histórias que se originam de depoimentos das pessoas sobre suas próprias histórias e sobre outras pessoas, fazendo parte de conversas cotidianas (Riessman, 1993). Somados a estes depoimentos espontâneos se faz necessário que os pesquisadores de narrativas fomentem histórias orais sobre temas específicos com o objetivo de serem transcritas e analisadas. A pesquisa das narrativas é considerada como uma das abordagens de pesquisa social (Polkinghorne, 2007).

A narrativa faz parte do processo cultural onde os sistemas simbólicos criam e são criados através do discurso e é empregada em contextos diferentes para comunicar diferentes pontos de vista. Fragmentos de narrativas maiores e versões diferentes de narrativas fazem parte do discurso cotidiano das pessoas, que são, afinal de contas, seres constituídos na linguagem baseada em significados construídos para dar sentido ao mundo em que vivem. São estes significados que fazem parte da rede de conversações, constituindo conjunto de valores, símbolos, representações, enfim, a cultura à qual acabam se integrando (Moen, 2006).

Segundo Czarniawska (2000) o método de análise de narrativas julga-se adequada para desvelar ao pesquisador os processos adotados pelo narrador para interpretar coisas, particularmente indicada para avaliar a interpretação do indivíduo de temas subjetivos, como, por exemplo, a cultura organizacional. Cabe ao pesquisador interpretar as interpretações do narrador. Por essa razão torna-se impossível ao pesquisador manter-se neutro ou objetivo na representação da realidade.

Para a pesquisa os autores optaram pelo estudo de caso múltiplo, de quatro hospitais de grande porte, de Porto Alegre, envolvidos no projeto de constituição de um *cluster* voltado para explorar um novo nicho de mercado – turismo em saúde, portanto a escolha do objeto de estudo foi norteadas pelos critérios de conveniência e acessibilidade. A coleta de dados foi realizada com o diretor geral de cada uma das quatro instituições pesquisadas por meio de entrevista em profundidade, no período de Julho a Outubro de 2012. O roteiro da entrevista, elaborado com base na literatura revisada, abordou as questões relativas ao histórico da organização, sua estratégia (Wernerfelt, 1984; Barney, 1991; Peteraf, 1993), o processo de participação no mercado do turismo em saúde (York,

2008; Reed, 2008; Lunt e Carrera, 2010; Healy, 2009; Garcia-Altes, 2005; Cortez, 2009; Burkett, 2007) e seus processos inovativos (Manual de Oslo (OCDE, 2005); Christensen, 2002; Tigre, 2014; Tidd, J., Bessant, J., Pavitt, K., 2005; Quinello e Nicoletti, 2009). As quatro entrevistas, com a duração média de uma hora, foram gravadas em áudio e transcritas em, no máximo, 72 horas após a sua realização.

A transcrição literal da entrevista foi redigida no formato de narrativa, na primeira pessoa do singular e submetida à avaliação dos entrevistados para confirmação ou ajustes. Ao serem devolvidos, os quatro textos foram analisados por dois pesquisadores e categorizados à luz da revisão teórica, conforme indicado no método de análise de narrativas por Czarniawska (2000) e Riessman (1993).

5 ANÁLISE DE RESULTADOS

No ano 2009, um vereador de Porto Alegre, a partir de uma experiência pessoal, de acesso a um serviço de saúde de uma instituição inserida no contexto do turismo em saúde, no exterior, encaminhou um projeto para a Secretaria de Turismo, sugerindo análise de viabilidade de um projeto similar na cidade. O secretário solicitou à sua equipe aprofundar o projeto proposto, detalhando melhor a sugestão, com o objetivo de apresentá-lo à direção de quatro hospitais privados, localizados na cidade, que apresentavam, a priori, condições de infraestrutura, equipe médica e de suporte, bem como tecnologia de ponta, habilitando-os para participar. A convergência das referidas competências das quatro instituições citadas, facultariam não apenas a adesão ao projeto de implantação do trade turístico com foco em saúde, mas, também, habilitariam os quatro hospitais a constituir o *cluster* de turismo em saúde, conforme as especificidades de *cluster* preconizadas por Porter (1989).

Aproximadamente três meses após a conclusão deste estudo preliminar foram contatados os diretores dos quatro hospitais da capital gaúcha e convidados para participar da reunião com o secretário de turismo. Ao final da apresentação do projeto, o secretário, com base na experiência do governo de fomentar a formação de redes de empresas, ofereceu, para os diretores dos quatro hospitais, o apoio da prefeitura para a constituição do *cluster* com foco em turismo em saúde. Comprometeu-se, também, de conseguir o apoio da FEDERASUL – Federação das Associações Comerciais e de Serviços do Rio Grande do Sul, com o objetivo de tornar o *cluster* mais representativo politicamente, viabilizando encaminhamento de solicitações de providências, que se fizerem necessário, até em nível nacional.

Tratava-se do primeiro passo na direção da constituição do *cluster* do turismo em saúde em Porto Alegre, visando a formalização da referida iniciativa, no âmbito local, nacional e, também, internacional, facultando seu reconhecimento junto a maiores seguradoras mundiais em saúde. Com este respaldo político, já referido por diversos autores que realizaram a pesquisa sobre o tema (York, 2008; Reed, 2008; Lunt e Carrera, 2010; Healy, 2009), seria possibilitado às organizações participantes do *cluster* encaminhar projetos e solicitar providências junto a órgãos públicos, para promover condições favoráveis de acesso de pacientes estrangeiros aos serviços de saúde ofertados, com destaque à mediação da relação com a cadeia de turismo e hospitalidade da capital.

Uma vez obtido o apoio formal, do governo municipal e da entidade representativa de empresas comerciais e serviços, os dirigentes das quatro instituições de saúde precisavam, *pari passu*, refletir sobre forma de cooperar, na medida em que continuariam competindo no mesmo mercado. Este posicionamento representa a nova concepção do negócio, com o potencial de oportunizar, para

as organizações participantes do *cluster*, inovação organizacional, saindo da zona de competição pura, para, com base em determinado arranjo de recursos, construindo um diferencial competitivo, destacando-se no mercado (Schumpeter, 1982; Mauborgne e Kim, 2005; Tidd et al., 2005).

Além disso, em se tratando de um projeto de longo prazo, as quatro organizações, associadas em *cluster*, precisavam elaborar um planejamento estratégico detalhado, com especificação de ações de curto, médio e longo prazo. Nestas especificações precisavam ser definidas e atribuídas, também, as responsabilidades de execução das respectivas ações, de cada um dos integrantes, com prazos e indicadores de monitoramento de realização. Conforme emergiu ao longo das narrativas dos quatro entrevistados, este tipo de prática de gestão foi objeto de aprendizagem para as quatro organizações, considerando que não faz parte do portfólio de conhecimentos e tampouco de prática comum para as equipes internas. No entanto a assimilação das ferramentas de gestão foi avaliada por todos como positiva, a ponto de ser internalizada e repassada para os demais setores da organização, contribuindo para inovar os processos operacionais e de gestão (Barney, 1991; Peteraf, 1993; Madhok, 1996).

Este processo, de construção do vínculo entre as quatro instituições de saúde, formalmente concorrentes entre si, por competirem pelo mesmo mercado e público, que representa a base para a constituição e funcionamento do *cluster* (Porter, 1989), ocorreu ao longo de aproximadamente doze meses. Para regular as relações entre as quatro organizações foi construído o estatuto, que contém as regras que devem ser observadas pelas empresas participantes, bem como estabelece os critérios de admissão e desligamento destes do grupo. Além disso, o estatuto prevê medidas disciplinares para o participante que vier a desrespeitar alguma das cláusulas estatutárias (Healy, 2009; Hall, 2011).

A partir da formalização do *cluster* as quatro instituições iniciaram o processo de adequação e adaptação do ambiente interno, visando o atendimento às regras estabelecidas em comum acordo, com o objetivo de padronizar itens como sinalização interna em outros idiomas (placas de identificação de salas e ambulatórios) e capacitação de equipes. Apesar de as providências adotadas pudessem parecer, à primeira vista, superficiais, elas foram objeto de relevante repercussão interna, exigindo dos gestores realização de reuniões de esclarecimento para suas equipes, influenciando a percepção e interpretação, de todos os colaboradores, do novo contexto e seu significado simbólico (Chaharbaghi & Newman, 1996; Christensen, 2002).

Este processo exigiu, também, das quatro organizações, investimentos iniciais na contratação de mais profissionais, vinculados, normalmente à área de marketing ou planejamento estratégico, além de revisão de definições estratégicas estruturantes, tais como missão, visão, princípios, objetivos e metas, entre outros. A contratação de mais profissionais, com a responsabilidade de assumir o projeto de turismo em saúde, contribuiu para a revisão do conjunto interno de práticas de gestão, com reavaliação, redesenho, enfim, inovação de processos, para facultar a incorporação de novos objetivos e metas (Miller & Morris, 1998; Tidd et al., 2005).

Uma vez definidas as diretrizes que norteariam a relação entre as quatro instituições, de responsabilidade da direção, que iniciou a aproximação, pela iniciativa do governo do estado, o processo passou para a etapa de operacionalização e aos cuidados destes profissionais, alocados em nível executivo. Coube a eles a tarefa de dar continuidade aos trabalhos de construção do projeto de turismo em saúde, tanto no âmbito interno, como externo, em nível interorganizacional, responsabilizando-se pela agenda de reuniões, proposição de planos de ação e até gestão orçamentária do projeto, liderando o processo de inovação organizacional (Madhok, 1996; Volpe & Biferali, 2008).

Dentre alguns dos resultados do trabalho, tanto da equipe responsável pela operacionalização do projeto, como dos representantes institucionais, que acompanharam o processo, por meio de indicadores, tomando decisões e orientando a condução dos trabalhos, destacam-se, principalmente, as participações conjuntas em eventos com foco no tema, no Brasil e no exterior. Os custos destas viagens foram reduzidos, tanto com base no compartilhamento de valores de passagens, hospedagens e inscrições, como pelo subsídio proporcionado pelo poder público, interessado em apoiar a referida iniciativa.

A articulação do projeto de turismo em saúde, com a mediação do governo municipal e apoiada pela entidade representativa de empresários do setor de comércio e serviços – FEDERASUL, encontrando pontos de convergência, que representam o incentivo à colaboração, caracteriza a inovação organizacional, no âmbito das relações interorganizacionais (OCDE, 2006). Trata-se de conceber novas formas de interação com os *stakeholders*, identificando os interesses em comum e atuando em parceria na direção dos mesmos objetivos.

As participações dos diretores e colaboradores nos eventos relativos ao turismo em saúde são consideradas relevantes em virtude da presença de representantes de maiores seguradores em saúde, de atuação no exterior, facultando a aproximação inicial e estabelecimento de network, com vistas ao futuro credenciamento das instituições do *cluster*. Além disso, os referidos eventos possibilitam o contato com outras organizações que já operam dentro do turismo de eventos, facultando o compartilhamento do conhecimento acerca da operacionalização tanto no ambiente interno como externo, com destaque para a preparação das equipes e cuidados exigidos pelos organismos credenciadores (Miller & Morris, 1998).

A interação interorganizacional com o foco de compartilhar o conhecimento, facultando a inovação de processos e de produtos ou serviços ofertados ao mercado, contribui para a constituição de um diferencial competitivo, conforme destacado por autores como Rodney (2000), Christensen e Raynor (2003) e Miller e Morris (1998). A aprendizagem interorganizacional está no centro das práticas de inovação, notadamente em atividades intensivas de conhecimento, como é o caso do setor da saúde (Borman, 2004; Healy, 2009).

O credenciamento dos hospitais, atestando o padrão internacional de qualidade na prestação de serviços em saúde, é considerado um dos pontos chave dentro do processo de adequação interna, de cada organização, para a sua habilitação à rede internacional de hospitais acreditados por seguradoras de atuação global. A certificação internacional mais importante e que habilita o hospital para atender pacientes da grande maioria das seguradoras internacionais, é emitida pela JCI – *Joint Commission International*, cujo rigor no processo de auditoria, segundo o entendimento das seguradoras, assegura o cumprimento das práticas previstas para o setor (Burkett, 2007).

Pela relevância para a celebração de convênios com as seguradoras internacionais, a exigência da certificação pela JCI foi incluída no estatuto do *cluster*, constando também entre os critérios de admissão e desligamento dos hospitais do grupo. Atualmente, apesar de ainda estarem na etapa inicial do projeto de turismo em saúde, três hospitais associados já possuem o certificado e um deles está em fase final de certificação, assegurando para as organizações do *cluster* a necessária visibilidade, tanto em nível nacional como internacional.

As adequações internas dos ambientes hospitalares exigiram, de todas as organizações envolvidas no projeto, revisão de processos internos e de práticas, além de realizar investimentos relevantes em modificações da infraestrutura e substituição de uma série de máquinas e equipamentos, o que representou a inovação de processos, com relevante impacto interno. Este impacto suscitou

uma série de mudanças em nível de tarefas e atividades e realocação de pessoal, contribuindo para uma mudança de visão interna, subjacente à cultura organizacional já constituída (Chaharbaghi e Newman, 1996).

Os hospitais do *cluster* certificados já conseguiram fechar contratos com algumas das mais importantes seguradoras internacionais e realizar atendimentos. Vale destacar que, devido a cooperação entre as instituições, os custos do credenciamento foram compartilhados, sendo, ainda, subsidiados, parcialmente, pelo governo municipal.

Além de diferenças nos preços, os hospitais apresentam, também, diferentes ênfases ou especialidades, onde possuem maior expertise, que constituem, de certa forma, o seu diferencial competitivo. Enquanto um dos hospitais possui uma equipe médica, apoiada pelo centro de pesquisa, em cirurgia bariátrica e tratamento de epilepsia, outro hospital apresenta a estrutura similar para tratamento de pele e pneumologia e fisiologia. Desta forma os hospitais associados evitam a competição direta, podendo, enquanto *cluster*, oferecer um conjunto interessante de tratamentos, contribuindo para a divulgação do *lôcus* de turismo em saúde.

A busca pela especialização dos hospitais encontra respaldo no Manual de Oslo (OCDE, 2006) que versa acerca de inovação em marketing, como uma forma de comunicar para o mercado as características que diferenciam a organização no seu campo específico de atuação, facultando agregar valor aos produtos e serviços ofertados (Peteraf, 1993; Madhok, 1998). Vale destacar que o segmento de serviços de saúde pode ser considerado um segmento atípico, no tocante à promoção e publicização de serviços, em virtude do código de ética que, entre outros, regula este tipo de iniciativa (Horowitz et al., 2007).

A organização dos quatro hospitais e de especialidades oferecidas pelos mesmos, já chamou a atenção em nível internacional, de tal forma que já se verifica a existência do fluxo de pacientes internacionais, sendo mais intenso, naturalmente, nos três hospitais já certificados pela JCI. Prevendo a expansão do movimento de pacientes internacionais, um dos hospitais pretende investir na construção de uma ala ao atendimento prioritário a este público.

A partir das quatro narrativas foi possível constatar que dentre os postos-chave do projeto de turismo em saúde destaca-se o estabelecimento de relações dos médicos especialistas locais com a comunidade médica internacional, o que ocorre, principalmente, por meio de publicações científicas e participações em congressos. O reconhecimento do alto nível de especialização da equipe médica local propicia o fluxo de pacientes, em decorrência de indicações dos médicos estrangeiros, que, além de oferecer a seus pacientes alternativas de tratamentos com custos reduzidos, têm a oportunidade de aprender a partir da interação com especialistas brasileiros. Por esse motivo os hospitais têm subsidiado a participação dos médicos dos congressos nacionais e internacionais, além de estimulá-los a produzir artigos científicos, visando consolidar seu reconhecimento em nível internacional.

No entanto a atração de pacientes estrangeiros representa apenas uma parte do projeto do turismo em saúde e nesse sentido os entrevistados dos quatro hospitais compartilham a mesma preocupação. Trata-se da precariedade da estrutura turística da cidade de Porto Alegre, com inexistência de placas de sinalização em outros idiomas, a dificuldade de encontrar na rua indivíduos que falam inglês, além de poucos locais com apelo turístico, que possam representar atrativos adicionais, principalmente para familiares do paciente. Esta responsabilidade, na percepção dos quatro entrevistados, foi atribuída e está sendo cobrada, do estado e do município, sendo, neste caso, relevante o papel do *cluster*, em virtude de sua representatividade política.

A adoção do novo foco, em turismo em saúde, exigiu dos quatro hospitais a revisão do seu posicionamento estratégico, da forma de atuar e de se posicionar no mercado, bem como a adaptação e redesenho de processos, atividades e práticas internas, além de originar novas áreas organizacionais. Esta necessidade de inovar processos e práticas surgiu para atender novo público-alvo, além de oferecer suporte àqueles colaboradores alocados para esta finalidade, contribuindo para um novo desenho organizacional (Miller & Morris, 1998; Chaharbaghi & Newman, 1996).

No âmbito interno os hospitais promovem tanto a capacitação em idiomas principais como inglês e espanhol, como, também, em características culturais que são mais proeminentes e destacadas em cada país e que, se desrespeitadas, poderiam representar ofensa grave para o paciente. A maior ênfase nos aspectos culturais consiste nos hábitos de alimentação, regras sociais, como cumprimento, utilização de determinados acessórios ou cores, que possuem algum tipo de conotação ou simbolismo no país de origem do paciente estrangeiro. O novo foco, decorrente da inovação de serviços de saúde ofertados ao mercado, exigiu por parte dos colaboradores a concepção de novas práticas operacionais e de gestão para atender o novo perfil de pacientes (York, 2008; Madhok, 1996).

Com o objetivo de atender de forma mais adequada, tanto o médico do exterior como seu paciente, as *webpages* dos quatro hospitais, além de serem traduzidos para outros idiomas, passaram também pela reformulação do *lay-out*, que ficou mais enxuto, para facilitar a localização de informações mais relevantes, para ambos. Este tipo de padronização segue o modelo das páginas dos hospitais internacionais mais renomados no exterior, que serviram de benchmark quanto a melhores práticas (Lunt & Carrera, 2010; Freire, 2012). A orientação técnica deste procedimento, da mesma forma como os programas de capacitação em idiomas, treinamento operacional e de gestão, comum aos quatro hospitais, contam o subsídio do poder público.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diferenças estruturais que caracterizam os cenários econômico e social de cada um dos países, subjacentes à configuração de recursos, organizados e coordenados pelos agentes econômicos, resultam em relevante variação de custos de operação, mesmo em casos de similaridade de ativos, competências e capacidades. Esta diferenciação oferece, para os agentes econômicos algumas oportunidades de negócio, no mercado cada vez mais globalizado e interligado. Apesar de restrições, fundamentadas em paradigmas de cunho social, cultural e ético, o setor de saúde também passou a integrar a pauta de possibilidades de negócios, por meio de turismo em saúde.

Estimulado por significativas diferenças de preços praticados para os tratamentos de saúde por hospitais localizados em diferentes países, devido a considerável redução de custos operacionais decorrentes de fatores econômicos, tais como variação cambial, políticas públicas, oferta de mão-de-obra especializada, entre outros, o turismo em saúde se consolidou como uma tendência global. Por outro lado, os hospitais, independentemente de sua localização e especialidades oferecidas, na sua maioria de capital privado, perceberam em turismo em saúde uma oportunidade de negócios a ser explorada.

Com o objetivo de analisar a referida tendência de mercado em saúde, foi realizado o estudo de caso múltiplo, visando identificar as características deste processo, à luz das vertentes teóricas que versam sobre a inovação organizacional. O objeto do estudo foram quatro instituições de saúde, de grande porte e renome no seu segmento de atuação, localizadas em Porto Alegre, região sul do

país, que no ano 2009 constituíram um *cluster* com foco em turismo em saúde, com incentivos do governo municipal e entidade representativa de empresas em serviços.

Os resultados da pesquisa facultam interpretar o projeto de turismo em saúde como inovação de produto, dentro do seu segmento de atuação. Apesar de não apresentar características que permitissem considerar o turismo em saúde como produto radicalmente inovador, foi possível, com base na quebra do paradigma que tipifica a oferta de serviços em saúde, categorizar a inovação como incremental.

As características inovadoras do produto turismo em saúde conduziram as organizações a conceber e agregar processos, que também podem ser considerados como inovadores, mesmo que de forma incremental, pois exigiram dos hospitais a criar estrutura interna dedicada ao novo segmento de negócio. Dentre os processos que mais inovaram a estrutura organizacional hospitalar clássica encontram-se os setores que tomam providências para a recepção, deslocamento, hospedagem e alimentação dos pacientes estrangeiros e seus familiares, fora do ambiente hospitalar, além de elaboração de guias de localização na cidade de Porto Alegre. Os processos de capacitação de colaboradores e funcionários administrativos, incluindo o ensino de idiomas estrangeiros, cultura de outros países, preparação de alimentos à moda de determinadas etnias, entre outros, também merecem ser considerados como inovação relevante.

A inovação de marketing, decorrente da opção em investir em turismo em saúde, resultou em nova página na internet, que além de tradução para outros idiomas, inspirado na forma de apresentação de hospitais no exterior, facilitando o acesso a informações consideradas pelos médicos e pacientes estrangeiros, como mais relevantes, para a tomada de decisão. Esta tendência foi verificada também no caso da inovação organizacional, que induziu os hospitais analisados a se aproximarem, apesar de continuarem a competir, no mercado interno, pelo mesmo público-alvo. Associados no *cluster* com o foco específico de instituir o turismo em saúde em Porto Alegre, os hospitais foram apoiados pelo governo municipal e pela associação que representa empresas do setor de comércio e serviços.

Foi possível perceber que a participação das instituições analisadas no mercado de turismo em saúde ofereceu condições para a constituição de um diferencial competitivo frente a seus concorrentes, por meio de uma nova concepção de negócio, do redesenho de seus processos, adequação dos ambientes físicos, atribuindo maior importância às áreas de marketing e gestão, gerando um reconhecimento externo, uma maior rede relacionamentos, cooperação entre os seus pares e atribuindo às instituições um padrão internacional de fornecimento de serviços.

Apesar de limitações decorrentes do número de casos abordados e opção metodológica, de entrevista em profundidade e análise de narrativas, entende-se que os resultados oferecem importante contribuição para o debate sobre a inovação no segmento de saúde, em especial em turismo de saúde.

REFERÊNCIAS

- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17 (1): 99-120.

- Bessant, J.; Tidd, J. (2009). *Inovação e empreendedorismo*. Porto Alegre, RS: Bookman. ix, 511 p
- Blouin, Ch. (2010). Trade in health services: Can it improve access to health care for poor people? *Global Social Policy - SAGE Publications*, 10 (3): 293-295.
- Boeger, M. A. (2008). *Gestão em hotelaria hospitalar*. São Paulo: Manole.
- Brasilturis. (2013). Turismo em saúde em Porto Alegre. *Brasilturis Jornal – Informativo da Indústria Turística Brasileira*. Disponível em <<http://novo.brasilturis.com.br>>. Acesso em: 18 fev. 2016:
- Burgelman, R. A; Christensen, C. M.; Wheelwright, S. C. (2012), *Gestão estratégica da tecnologia e da inovação: conceitos e soluções*. 5. ed. Porto Alegre, RS: AMGH.
- Burkett, L. (2007). Medical tourism. Concerns, benefits, and the American legal perspective. *Journal of Legal Medicine*, 28 (2): 223–245,
- Cary D. S. (2010). *Medical Tourism and the Legal Impediments to Recovery in Cases of Medical Malpractice*, Washington University Global Studies Law Review, 9 (4): 721-742.
- Chaharbaghi, K., Newman, V. (1996). Innovating: towards an integrated learning model. *Management Decision*, 34 (4): 5-13.
- Christensen, C. M., Raynor, M. E. (2003). *O Crescimento pela Inovação: como crescer de forma sustentada e reinventar o sucesso*. Rio de Janeiro, Elsevier.
- Christensen, J. F. (2002). Corporate strategy and the management of innovation and technology. *Industrial and Corporate Change*, 11 (2): 263-288.
- Cormany, D. e Baloglu, S. (2011). Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management* 32: 709-716.
- Cortez, N. (2008). Patients without borders: the emerging global market for patients and the evolution of modern health care. *Indiana Law Journal*, 83: 71–132.
- Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine* 72: 726-732
- Czarniawska, B. (2001). Anthropology and Organizational Learning, cap. 5, p. 118-136. In Handbook: Dierkes, M., Antal, A. B., Child, J., Nonaka, I. (Orgs.). *Organizational Learning and Knowledge*, New York: Oxford.

- Deloitte. (2008). *Medical tourism: Consumers in search of value*. Deloitte Center for Health Solutions.
- Deutsche Welle. (2014). Brasil surge como opção no mercado de turismo médico. Disponível em: <<http://www.dw.com/pt/brasil-surge-como-op%C3%A7%C3%A3o-no-mercado-de-turismo-m%C3%A9dico/a-18043983> Acesso em: 18/02/2016>.
- Freeman, C. (1989). *The economics of industrial innovation*. Cambridge: The MIT Press.
- Freire, N. A. (2012). The Emergent Medical Tourism: Advantages and Disadvantages of the Medical Treatments Abroad. *International Business Research*, 5 (2).
- Garcia-Altes, M. (2005). The development of health tourism services. *Annals of Tourism Research*, 32 (1): 222-266.
- Gupta, S. A. (2008). Medical tourism in India: Winners and losers. *Indian Journal of Medical Ethics*, 5 (1), 4–5.
- Hall, C. M. (2011). Health and medical tourism: a kill or cure for global public health?, 1, 66 (1/2): 4-15.
- Handerson, J. C. (2004). Healthcare tourism in Southeast Asia. *Tourism Review International*, 7: 111-121.
- Healy, C. (2009). Surgical tourism and the globalisation of healthcare. *Irish Journal of Medical Science*, 178 (2): 125–127.
- Hopkins, L., Labonte, R., Runnels, V., Packer, C. (2010). Medical tourism today: What is the state of existing knowledge? *Journal of Public Health Policy*, 31 (2): 185–198.
- Horowitz, M. D., Rosensweig, J. A., Jones, C. A. (2007). Medical Tourism: Globalization of the healthcare marketplace. *Medscape General Medicine (The Medscape Journal of Medicine)*, 9 (4): 24–30.
- Lunt, N., Carrera P. (2010). Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66 (1): 27-32.
- Madhok, A. (1996). The organization of economic activity: transaction costs, firm capabilities, and the nature of governance. *Organization Science*, 7 (5): 577-590.
- Mauborgne, Renée, Kim, W. Ch. (2005). *A estratégia do Oceano Azul – como criar novos mercados e tornar a concorrência irrelevante*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Miller, W. L., Morris, L. (1998). *4th Generation R&D: managing knowledge, technology, and innovation*. New York, John Wiley & Sons, Inc.

- Moen, T. (2006). Reflections on the narrative research approach. *International Journal of Qualitative Methods*, 5, (4).
- NaRanong, A., NaRanong, V. (2011). The effects of medical tourism: Thailand's experience, *Bulletin of the World Health Organization*, 89 (5): 317-392.
- Nelson, R. R., Winter, S. G. (1982). *An evolutionary theory of economic change*. Cambridge: Belknap Press.
- OCDE (2006). *Manual de Oslo*. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://download.finep.gov.br/imprensa/manual_de_oslo.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2012.
- Ortiz, R. (2003). *Mundialização e cultura*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Otley, T. (2007). Patients without borders. *Business Traveler*, 11: 36–37.
- Peteraf, M. A. (1993). The Cornerstones of Competitive Advantage: A Resource-Based View. *Strategic Management Journal*, 14 (3): 179-191.
- Porter, M.E. (1989). *Vantagem competitiva das nações*. Editora Campus.
- Polkinghorne, D. (2007). Validity issues in narrative research. *Qualitative Inquiry*, 13 (4): 471-486.
- Quinello, R.; Nicoletti, J. R. (2009). *Inovação operacional: entenda como atitudes inovadoras aplicadas nos processos industriais podem agregar valor e alavancar a competitividade de sua empresa*. Rio de Janeiro, RJ: Brasport, xviii, 234 p
- Reed, C. M. (2008). Medical tourism. *Medical Clinics of North America*, 92 (6): 1433–1446.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. London: SAGE.
- Rodney, M. A. (2000). Knowledge management as a catalyst for innovation within organizations: a qualitative study. *Knowledge and Process Management*, 7 (4): 233.
- Schumpeter, J. A. (1982). *Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico*. São Paulo: Abril Cultural.
- Spasojevic, M., Susic, V. (2010). Modern medical tourism as a market niche of health tourism. *Economics and Organization*, 7 (2): 201 – 208.
- Tidd, J.; Bessant, J. (2015) *Gestão da inovação*. 5. ed. Porto Alegre, RS: Bookman. xiv, 633 p.

Tidd, J., Bessant, J., Pavitt, K. (2005). *Managing innovation: integrating technological, market and organizational change*. 3. ed. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Tigre, P. B. (2014). *Gestão da inovação: a economia da tecnologia no Brasil*. 2. ed., rev. atual. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier. xvii, 275 p.

Tull, D. S., Hawkins, D. I. (1976). *Marketing Research, Meaning, Measurement and Method*. Macmillan Publishing Co., Inc., London.

Volpe, L., Biferali, D. (2008). Penrose, E. T. The Theory of the Growth of the Firm, John Wiley & Sons, New York, Springer. *Science+Business Media*, 12 (1): 119-125.

Wernerfelt, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, 5 (2): 171-180.

Yin, R. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

York, D. (2008). Medical tourism: The trend towards outsourcing medical procedures to foreign countries. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(2): p. 99–102.

Artigo recebido em: 18/05/2015.
Artigo aprovado em: 14/03/2016.