

Universidade Presbiteriana Mackenzie
Faculdade de Ciências Econômicas, Contábeis e Administrativas
Programa de Pós-graduação em Administração de Empresas

**APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E INOVAÇÃO EM
INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**

Gisele de Souza Cordeiro Zorzella Di Dio

São Paulo
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Gisele de Souza Cordeiro Zorzella Di Dio

**APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E INOVAÇÃO EM
INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Orientador: Prof. Dr. Moisés Ari Zilber

**São Paulo
2006**

Reitor da Universidade Presbiteriana Mackenzie
1. Professor Dr. Manasses Claudino Fontelis

Coordenadora Geral da Pós-Graduação
Professora Dra. Sandra Maria Dotto Stump

Diretor da Faculdade de Ciências Econômicas Contábeis e Administrativas
Professor Dr. Reynaldo Cavalheiro Marcondes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Administração de
Empresas
Professora Dra. Eliane Pereira Zamith de Brito

Ao meu marido, pelo seu carinho, paciência e apoio incondicional, permanecendo ao meu lado em todos os momentos durante a construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos professores que fizeram parte da minha formação acadêmica.

Em especial ao Prof. Dr. Moisés Ari Zilber pelo empenho, apoio, amizade e compreensão empregados na construção deste trabalho.

rdos nesda pe qcefa. Aosespoio da baoianc

Ao Prof. Dr. Isak Kruglianskas e a Profa. Dra. Arilda Schmidt Godoy pelas contribuições na banca de qualificação e defesa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas da Universidade Presbiteriana Mackenzie, pela colaboração e incentivo na elaboração deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Diógenes Bido, que com presteza e competência compartilhou seus conhecimentos para a confecção deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Nilton Nunes Toledo que com sua sabedoria inspirou minha vida acadêmica.

À Eliana Germano, minha amiga, colega de docência, pelo seu apoio e ajuda na construção deste trabalho.

riudo. Aoslhobmibmes quedorsÀBT;T:ájZslõCB:xT;:ZblõÀBàáC;;ZEIáBTàà:jZIõÀBàáC;CZIITBàTjà;ZilõÀT
Aos funcionários do Programa POB;jjOCx-ZPIÀjqYÕájZ IõÀTAB:àZtIT

RESUMO

O caráter estratégico da aprendizagem como fator chave para a competitividade está relacionado às rápidas mudanças tecnológicas, a transformação dos processos e crescimento da demanda por inovações, aumentando a necessidade das empresas aprenderem a fazer as coisas de uma forma nova. A variedade de escolhas sobre tecnologias, produtos e processos dependem da aprendizagem contínua e coletiva. Em organizações complexas, por exemplo, hospitais, muitos tipos diferentes de processos de aprendizagem podem ocorrer ao mesmo tempo e em diferentes direções. Decorrente destes pensamentos o presente estudo, de caráter descritivo, objetivou verificar a associação da aprendizagem organizacional e inovação nas instituições hospitalares e definir os fatores preponderantes da aprendizagem organizacional e inovação. A coleta dos dados foi feita com base em questionário estruturado e aplicado nas áreas de enfermagem e administração. Nos dados obtidos foram aplicadas as técnicas: análise fatorial e regressão linear. Os resultados da análise fatorial indicaram quatro fatores preponderantes para a aprendizagem organizacional: institucionalização do conhecimento; compartilhamento e utilização do conhecimento; integração e capacidade organizacional e cinco fatores preponderantes para inovação: desenvolvimento de processos organizacionais e serviços; tecnologia e concorrência; inovação radical; inovação incremental/sintética e educação. Por meio da escala somada foi feita regressão linear múltipla entre os fatores, resultando na indicação favorável à associação da aprendizagem organizacional e inovação nos hospitais pesquisados.

Palavras-chave: Aprendizagem organizacional. Inovação. Conhecimento. Hospital.

ABSTRACT

The strategic characteristic of learning as a key factor for competitiveness is linked to the rapid technological changes, the transformation of processes and the demand for innovation, thus the increasing need for companies to learn how to do things in different ways. The wide variety of choices regarding technologies, products and processes depend on continuous and collective learning. In complex organizations such as hospitals, many different kinds of learning processes can take place at the same time and in different directions. Due to these thoughts, the present study aims at verifying the association between organizational learning and innovation within hospital institutions. The specific objectives verified the prevailing factors of the independent variable, organizational learning and the dependant variable, innovation. This research has been characterized as descriptive-quantitative. A structured questionnaire was applied in nursing and management in order to collect data. To deal with and analyze data, multi-varied statistic techniques were applied: factorial analysis and linear regression. The results of the factorial analysis indicated four prevailing factors for the organizational learning: establishment of knowledge; sharing and use of knowledge; integration and organizational skills and five prevailing factors for innovation: development of organizational processes and services; technology and competition; radical innovation; incremental/synthetic innovation and education. The regression analysis indicated the association of organizational learning and innovation in the hospitals that were researched.

Key words: Organizational learning. Innovation. Knowledge. Hospital

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Participação Percentual das Atividades – PIB.....	61
Tabela 02	Número de hospitais no Brasil.....	62
Tabela 03	Número de leitos em hospitais brasileiros.....	62
Tabela 04	Distribuição dos hospitais quanto à propriedade.....	80
Tabela 05	Distribuição dos hospitais quanto à natureza da assistência.....	80
Tabela 06	Distribuição do hospital segundo porte.....	81
Tabela 07	Número de funcionários por porte do hospital.....	81
Tabela 08	Distribuição das áreas de atuações dos respondentes.....	82
Tabela 09	Tempo de empresa do respondente por porte do hospital.....	82
Tabela 10	Distribuição da escolaridade dos respondentes.....	83
Tabela 11	Matriz fatorial rotacionada VARIMAX de análise de componentes: aprendizagem organizacional.....	85
Tabela 12	Matriz fatorial de análise de componentes – fator 2.....	86
Tabela 13	Variância explicada pelos fatores.....	86
Tabela 14	Matriz fatorial rotacionada VARIMAX de análise de componentes: inovação.....	97
Tabela 15	Variância explicada pelos fatores.....	98
Tabela 16	Matriz de Correlação – Fatores de aprendizagem organizacional e inovação.....	107
Tabela 17	Regressão múltipla utilizando o método Stepwise (VD = Inovação).	112
Tabela 18	Poder explicativo de cada variável independente.....	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Conceitos de aprendizagem organizacional.....	22
Quadro 02	Principais diferenças entre as abordagens relacionadas à aprendizagem organizacional e à organização de aprendizagem.....	24
Quadro 03	Quatro processos de aprendizagem em três níveis organizacionais.....	29
Quadro 04	Conceitos de aprendizagem organizacional e relação entre cognição e comportamento.....	34
Quadro 05	Abordagens sobre a inovação.....	50
Quadro 06	Níveis de inovação, conceitos e autores.....	52
Quadro 07	Sistemas Supletivos de Saúde.....	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Gráfico de autovalor para o critério Scree – fatores de aprendizagem organizacional.....	87
Figura 02	Gráfico de autovalor para o critério Scree – fatores de inovação.....	98
Figura 03	Análise de resíduos – Histograma.....	113
Figura 04	Análise de resíduos – Scatterplot.....	113

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Problema da pesquisa.....	14
1.2	Justificativa da pesquisa.....	14
2	OBJETIVOS E HIPÓTESE	16
2.1	Objetivo geral da pesquisa.....	16
2.2	Objetivos específicos da pesquisa.....	16
2.3	Formulação da hipótese da pesquisa.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	Aprendizagem organizacional.....	19
3.1.1	Aprendizagem organizacional e organizações que aprendem.....	23
3.1.2	Da aprendizagem individual à aprendizagem organizacional.....	25
3.1.3	Abordagem cognitiva e comportamental na aprendizagem organizacional.....	32
3.2	Inovação.....	38
3.3	Aprendizagem organizacional e inovação.....	54
4	PANORAMA DO SETOR SAÚDE E DO SETOR HOSPITALAR NO BRASIL	56
5.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	66
5.1	Variáveis da pesquisa.....	68
5.1.1	Operacionalização das variáveis da pesquisa.....	68
5.2	Delimitação da amostra.....	69
5.3	Coleta de dados.....	70
5.4	Tratamento dos dados.....	73
6	RESULTADOS E ANÁLISES DOS DADOS	79
6.1	Caracterização dos hospitais e respondentes.....	79
6.2	Objetivos específicos: aplicação da análise fatorial.....	83
6.2.1	Aprendizagem organizacional.....	84
6.2.1.1	Resultados da análise fatorial.....	84

6.2.1.2	Análise dos resultados.....	88
6.2.2	Inovação.....	95
6.2.2.1	Resultados da análise fatorial.....	95
6.2.2.2	Análise dos resultados.....	99
6.3	Relação entre os fatores aprendizagem organizacional e inovação: aplicação da análise de regressão.....	107
7	CONCLUSÕES.....	116
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
	APÊNCIDE A - Questionário.....	135

2. 1 INTRODUÇÃO

Diversos autores defendem a aprendizagem organizacional como um importante elemento para a geração de inovação e competitividade (KIM e MAUGORGNE, 2001; FLEURY E FLEURY, 1995; TUSHMAN e NADLER, 1997; CHRISTENSEN, 2002).

Uma das razões que podem ser sugeridas para compreender-se o motivo do estudo do conhecimento e da aprendizagem organizacional estar em evidência, é que o conceito de aprendizagem organizacional tem ganhado destaque entre as organizações, à medida que estas buscam desenvolver estruturas e sistemas mais adaptáveis e eficientes para dar respostas às mudanças (ARGYRIS, 1993; MALIK, 1998).

Fleury (1995, p. 15) alerta, "mudar por mudar não tem o menor sentido. Uma idéia que hoje encontra cada vez mais defensores é a de que os conceitos de mudança e de inovação devem estar profundamente imbricados no conceito de aprendizagem".

O processo de análise contínua da qualidade, produtividade, posicionamento no mercado e planejamento estratégico indica áreas nas quais existe um hiato entre o conhecimento da organização e os requisitos necessários para a vantagem competitiva sustentável (PORTER, 1990). Essa diferença trás informações que retroalimentam (feedback) o sistema de aprendizagem organizacional (STEIL, 2002).

As definições de inovação, embora apresentem variações de autor para autor, possuem alguns pontos em comum. Em grande parte delas, os autores indicam que a aprendizagem é um possível instrumento de alavancagem para as inovações, onde estas assumem um caráter de melhoria dentro de um sistema já existente ou um caráter radicalmente novo, rompendo, muitas vezes, com a realidade vigente e substituindo-a por outra, totalmente nova; nestas definições a idéia de mudança organizacional também se faz presente (TUSHMAN e NADLER, 1997; AFUAH, 1998; ENGEL et al., 2000; FREIRE, 2002; KIM e MAUGORGNE, 2001; CHRISTENSEN, 2002).

Na área da saúde, mais especificamente no Setor Hospitalar, a aplicação de conhecimentos visando a competitividade através do aprimoramento de procedimentos, serviços e práticas já existentes (microinovações), ou na construção de novos conhecimentos

(macroinvenções) gerando novos procedimentos, técnicas e serviços, (VASCONCELOS, 2001) é, ainda assunto recente, principalmente se comparado aos outros setores da economia.

Hoje em dia, mais do que nunca, os hospitais estão sendo administrados como negócios empresariais, assumindo os riscos do empreendimento, administrando a equipe e as operações de uma maneira dinâmica e **aprendendo** a se especializar cada vez mais [...] administradores bem-sucedidos de hospitais vestem terno e gravata, falam a respeito de lucros e retorno sobre o investimento e preocupam-se, noite adentro com maneiras de passar e permanecer à frente dos concorrentes [...] hospitais, clínicas e médicos estão **reaprendendo**, em alguns casos, simplesmente **aprendendo** pela primeira vez, que os pacientes são pessoas, as pessoas constituem mercados e os mercados têm necessidades que devem ser atendidas, se eles quiserem permanecer no negócio (ZEMKE e SHAAF, 1989, p.45 grifo nosso).

A busca pela competitividade deixou de ser matéria teórica para os hospitais e passou a ser realidade na década de 90. Em parte esta busca se deveu à moralização dos procedimentos de cobrança ao Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS e com o início do plano de estabilização da economia brasileira (GAZETA MERCANTIL, 1998).

A relevância do setor saúde brasileiro pode ser expressa em números. No ano de 2004 este setor, que engloba os recursos públicos e medicina supletiva, movimentou aproximadamente R\$ 180 bilhões, ou 8,4% do PIB - Produto Interno Bruto brasileiro (WHO - World Health Organization, 2005).

Na comparação com outros serviços dos setores da economia nacional, tais como: construção civil, transporte, comunicação e comércio, entre outros, o desempenho do setor saúde mostrou-se superior na maioria dos casos (IBGE, 2005).

Dentro deste contexto, emerge o problema da pesquisa, o qual será apresentado a seguir.

1.1. O problema da pesquisa

A aprendizagem organizacional e as inovações no ambiente hospitalar são os objetos de estudo deste trabalho, postula-se então, o problema da pesquisa: existe associação entre aprendizagem organizacional e inovação nas instituições hospitalares?

1.2 Justificativa da pesquisa

A organização das atividades nos hospitais exige uma permanente preocupação na busca do aprendizado e da geração da inovação, objetivando a competitividade através da superação dos padrões vigentes nos hospitais (LIMA-GONÇALVES, 1999).

O contexto no qual a estrutura estudada está situada caracteriza-se, atualmente, por considerável instabilidade, levando-se em conta os problemas de custos operacionais, compras, fusões e empresas estrangeiras entrantes na área hospitalar brasileira, determinando

a necessidade de um aprofundamento nos estudos sobre a inovação e os efeitos da aprendizagem organizacional sobre esta (LIMA-GONÇALVES, 2002).

A percepção quanto a carência da presença de uma administração profissional-empresarial efetiva e da carência de pesquisa na área hospitalar (CASSIOLATO e LASTRES, 1999; LIMA-GONÇALVES, 1999; MALIK e TELES, 2001), necessárias ao sucesso dessas atividades, motivou a autora a pesquisar sobre o tema, ora proposto.

A contribuição no campo teórico e prático para a gestão de instituições hospitalares, poderá ser ampliada através dos dados coletados e as informações geradas nesta pesquisa.

Estrutura do trabalho: iniciou-se, item 1, com a definição do tema de pesquisa, a justificativa para a realização deste estudo e o problema a ser investigado,. O item 2 apresenta o objetivo geral e específicos e hipótese da pesquisa. O item 3 apresenta o referencial teórico, base conceitual sobre aprendizagem organizacional e inovação. O item 4 apresenta o panorama do setor estudado. O item 5 apresenta os procedimentos metodológicos que guiarão o desenvolvimento desta pesquisa. O item 6 apresenta os resultados e análise dos dados da pesquisa. O item 7 apresenta as conclusões e por último são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas no desenvolvimento desta pesquisa, sucedidas pelo apêndice.

3. 2 OBJETIVOS E HIPÓTESE

2.1 Objetivo geral da pesquisa

Parra e Santos (1995, p. 49) atribuem ao objetivo geral da pesquisa a função de divulgar o significado do tema abordado, para tanto sugerem uma “redação dentro da teoria do objetivo geral, pois cada objetivo possui características próprias para o desenvolvimento de textos.”

O objetivo geral para Santos (1999) é o que oferece uma visão geral sobre o assunto da pesquisa, e que deve mostrar a sua importância e contribuição. Para Richardson (1989) o objetivo geral é aquilo que se pretende alcançar para a realização da pesquisa. Vergara (1998) destaca que os objetivos devem ser redigidos com o verbo no infinitivo.

Conforme definiu Vergara (1998), o objetivo é um resultado a alcançar, e o objetivo final, se alcançado, dá resposta ao problema.

Estudos relacionados à aprendizagem organizacional apontam para uma influência desta sobre a inovação organizacional (BARNEY, 1991; KLIMECKI e LASSLEBEN, 1998; MARCH, 1991; SHRIVASTAVA, 1983; VASCONCELOS, 2001; WERNERFELT, 1984.)

Inovação envolve atividades de adaptação, experimentação, desenho, desenvolvimento e pesquisas relativas a diversas áreas e tipos de atividades na empresa, tanto sob uma dimensão técnica quanto organizacional (DOSI, 1988; BELL & PAVITT, 1995; LALL, 1992).

O estudo, ora proposto, objetiva de forma ampla, **verificar a associação entre aprendizagem organizacional e inovação em instituições hospitalares.**

2.2 Objetivos específicos da pesquisa

Os objetivos específicos são os aspectos determinados que serão estudados e que contribuem para alcançar o objetivo geral (RICHARDSON, 1989).

Os objetivos específicos devem ser o ponto central do trabalho, sendo que dentro de uma idéia geral deve-se ressaltar a idéia específica a ser desenvolvida (SANTOS e PARRA, 1998). A partir da definição do objetivo geral, os seguintes objetivos específicos foram propostos para esta pesquisa:

- verificar quais são os fatores preponderantes de aprendizagem organizacional nos hospitais pesquisados;
- verificar quais são os fatores preponderantes de inovação nos hospitais pesquisados.

2.3 Formulação da hipótese da pesquisa

A hipótese surge após a definição do problema quando o pesquisador vislumbra prováveis soluções. É uma possível verdade, um resultado provável, uma verdade pré-estabelecida, intuída com o apoio de uma teoria. A hipótese indica caminhos ao investigador, orienta seu trabalho, assinala rumos à investigação (TRIVIÑOS, 1987).

Popper (1972, p. 53), ressalta o fato do pesquisador partir de quadros conceituais de referência, tão bem estruturados quanto possível, a partir dos quais formula problemas e/ou hipóteses sobre os fenômenos e situações que quer estudar. Uma lista de conseqüências é então deduzida.

Uma vez formulado o problema, com a certeza de ser cientificamente válidos e definidos os objetivos da pesquisa, propõe-se uma resposta “suposta, provável e provisória” ao problema, isto é, uma hipótese. A hipótese indica uma possível solução para o problema levantado pelo autor, e constitui uma interpretação provisória ou antecipada, que a pesquisa

pretende confirmar ou infirmar. Uma hipótese é um enunciado formal das relações esperadas entre pelo menos uma variável independente e uma variável dependente. (PÁDUA, 1996).

Assumindo estes parâmetros formulou-se a hipótese desta pesquisa: a aprendizagem organizacional está associada à inovação nas instituições hospitalares.

No próximo capítulo será apresentado o referencial teórico que deu suporte para a construção desta pesquisa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O caráter estratégico da aprendizagem como fator chave para a competitividade está relacionado às rápidas mudanças tecnológicas. As turbulências criadas pelas mudanças tecnológicas nos produtos e processos aumentam as complexidades e incertezas, tanto interna como externamente (ROTHWHEEL, 1992). A complexidade no desenvolvimento de novos produtos, a diminuição do ciclo de vida, a transformação dos processos e crescimento da demanda por inovações, aumentam a necessidade das empresas aprenderem a fazer as coisas de uma forma nova (DODGSON, 1993).

Nonaka e Takeuchi (1997) afirmam que a essência da estratégia está no desenvolvimento da capacidade organizacional de adquirir, acumular e explorar o domínio do conhecimento.

“O ritmo em que os indivíduos e organizações aprendem pode se tornar a única vantagem competitiva sustentável, especialmente em setores intensivos em conhecimento [hospitais]” (STATA, 1997, p.378).

3.1 Aprendizagem organizacional

Teorias sobre aprendizagem tiveram suas origens na psicologia. Autores que estudaram o tema apontam a aprendizagem como: uma alteração do comportamento resultante de experiências vividas; uma mudança na estrutura cognitiva; mudanças causadas pela repetição de experiências (BARKER, 1993; BOWER, 1981; LEWIN, 1943).

A perspectiva da aprendizagem foi aplicada também no campo da teoria organizacional. Os estudos sobre aprendizagem organizacional iniciam-se na década de 60; autores, como: Cyert e March (1963), Bateson (1972), March e Olsen (1976) e Argyris e Schön (1978) que levantam importantes questões, sobre como ocorre o processo de aprendizagem nas organizações e como este processo pode ser melhorado.

O conceito de aprendizagem tem valor analítico no sentido de compreender as mudanças que estão ocorrendo nas empresas, onde o conhecimento, com seu caráter de renovação, enfatiza uma natureza mutável e adaptativa das organizações, na qual estratégia e estrutura (CHANDLER, 2001) atuam como vetores fundamentais dessa dinâmica. Esse conceito de aprendizagem pode integrar vários níveis de análise: individual, grupal e corporativo (FERNANDES, 1998).

Por sua vez Benítez e Rodriguez (2004) pontuam quatro iniciativas para que a aprendizagem organizacional ocorra:

- avaliar que conhecimentos são valiosos para a organização;
- promover uma cultura de difusão do conhecimento;
- promover a utilização do conhecimento;
- propiciar acessibilidade ao conhecimento.

Argyris e Shön (1978) desenvolveram uma tipologia para a aprendizagem, descrita como: single-loop, double-loop e deuterio-learning. Os autores discorrem sobre a aprendizagem de circuito simples o single-loop, como um processo que se baseia na detecção do erro e da sua correção, mantendo os pressupostos do sistema operacional.

Já a aprendizagem de circuito duplo o double-loop abrange um processo de percepção e et ea exploração do ambiente através da exposição às novas informações, comparando-as com c d

Entre as disciplinas de organização há muito pouca concordância sobre o que seja conhecimento e aprendizagem organizacional e como ela ocorre, alertam Fiol e Lyles (1985), entretanto as autoras evidenciam alguns pontos de consenso:

- sintonia com o ambiente: para competir e manter-se inovadora, a organização precisa estar em sintonia com o seu ambiente. Para tanto, as capacidades de aprender, desaprender, reaprender são essenciais (ARGYRIS e SCHÖN, 1978; CYERT e MARCH, 1963; DOGSON, 1993; MARCH, 1991);
- aprendizagem organizacional versus individual: a aprendizagem organizacional não é a soma das aprendizagens individuais (DOGSON, 1993; HERDBERG, 1981; MAGALHÃES, 1998). As organizações desenvolvem e mantêm sistemas de aprendizagem que não apenas influenciam seus membros imediatos, mas também são transmitidos para outros, através das histórias e normas. As organizações têm sistemas cognitivos e de memória, desenvolvendo ideologias, mapas mentais, visões de mundo, valores, normas, crenças [cultura] que se preservam para além da presença de membros individuais. Os conhecimentos individuais compartilhados são os que mobilizam a ação da aprendizagem organizacional (ARGYRIS e SCHÖN, 1978; DiBELLA et al. 1996; HERDBERG, 1981; MORGAN, 1980; NEVIS et al. 1995; SCHEIN, 1985; SIMS, 2001);
- estratégia e vantagem competitiva: os economistas tendem a ver a aprendizagem como melhorias quantificáveis nas atividades, ou alguma forma abstrata de resultado positivo decorrente da utilização do conhecimento. A literatura de administração e negócios, freqüentemente, relaciona o conhecimento a uma eficiência competitiva, sustentável e relativa, enquanto a literatura sobre inovação, usualmente, se refere a uma eficiência vinculada à capacidade de inovação (FERNANDES, 1998).

O **QUADRO 1** apresenta um resumo dos conceitos e autores que destacam a aprendizagem num contexto organizacional.

4. QUADRO 1

5. Conceitos de aprendizagem organizacional

Autores	Conceitos
Argyris e Shön (1978)	Aprendizagem organizacional é o processo de detectar e corrigir erros. O erro é visto como um desvio entre as intenções e o que de fato ocorreu.
Fiol e Lyles (1985)	Aprendizagem organizacional é o processo de melhorar as ações através de aumento do conhecimento e da compreensão.
Swieringa e Wierdsma (1992)	O termo aprendizagem organizacional significa a mudança do comportamento organizacional.
Kim (1993)	Aprendizagem organizacional é definida como um aumento crescente da capacidade organizacional de realizar ação efetiva.
Garvin (1993)	Uma organização que aprende é aquela que possui habilidades na criação, aquisição e transformação do conhecimento, assim como na modificação de seu comportamento para refletir os novos conhecimentos e insights.
Dogson (1993)	São os caminhos pelos quais as empresas constroem, suplementam e organizam o conhecimento em suas atividades, rotinas e cultura e adaptam e desenvolvem eficácia organizacional através do desenvolvimento e aproveitamento das variadas habilidades de sua força de trabalho.
Morgan (1996)	Organizações são sistemas de processamento

flexibilidade; a estrutura organizacional como propiciadora da inovação e da criatividade e o ambiente. Nevis et al. (1995) apresentam três níveis: aquisição, compartilhamento e utilização de conhecimento; Dogson (1993) divide a aprendizagem em tática e operacional.

O caráter multidisciplinar da aprendizagem organizacional influencia a falta de um corpo teórico convergente sobre a mesma. Pelo menos seis disciplinas têm contribuído consistentemente com a área: psicologia e desenvolvimento organizacional; ciência administrativa; sociologia e teoria organizacional; estratégia; gerenciamento da produção; e antropologia cultural. Essa interdisciplinaridade gera uma área que contém contribuições tanto complementares quanto competitivas (BONTIS et al., 2000; EASTERBY-SMITH, 1997).

3.1.1 Aprendizagem organizacional e organizações que aprendem

A temática da aprendizagem nos estudos organizacionais aponta para uma bifurcação, onde se apresentam duas perspectivas diferentes: a da aprendizagem organizacional e a das organizações de aprendizagem (EASTERBY-SMITH e ARAUJO, 2001). Em cada uma dessas perspectivas afirmam Loiola e Bastos (2003, p. 182) “há tensões, limitações e potenciais de análise”.

Tsang (1997) faz menção a dois tipos de abordagem no estudo da aprendizagem:

- a abordagem normativa descritiva: objetiva descrever e compreender processos e comportamentos, e é pautada pelo rigor científico – **aprendizagem organizacional**;
- a abordagem prescritiva: busca desenvolver um estado ideal, um conjunto de recomendações baseadas em experiências de empresas de consultoria sobre as melhores práticas para se criar uma **organização que aprende**.

No **QUADRO 2** o autor indica as principais diferenças entre as abordagens relacionadas à aprendizagem organizacional e à organização que aprende.

QUADRO 2

Principais diferenças entre as abordagens relacionadas à aprendizagem organizacional e a organização de aprendizagem

	Escritos descritivos sobre aprendizagem organizacional	Escritos prescritivos sobre organizações de aprendizagem
6. Questão principal	como uma organização aprende?	como uma organização deve aprender?
7. Objetivo	desenvolvimento de teoria	aumento do desempenho organizacional
8. Fonte da Informação	levantamento sistemático de dados	experiência de consultoria
9. Metodologia	métodos científicos rigorosos	pesquisa-ação e estudos de caso pobremente delineados
10. Generalização	consciente dos fatores que limitam a generalização dos resultados	tendência a super generalizar a teoria em todos os tipos e situações organizacionais
11. Resultado da aprendizagem	mudança potencial de comportamento	mudança de comportamento imediata
12. Relação entre aprendizagem e desempenho	pode ser positiva ou negativa	assumida como positiva

Fonte: Tsang, 1997, p. 85.

Para Garvin (1993), uma organização baseada no conhecimento é uma organização de aprendizagem que reconhece o conhecimento como recurso estratégico, e cria conhecimento que pode ser processado internamente e utilizado externamente, aproveitando o potencial de seu capital intelectual, em que o trabalhador do conhecimento é o componente crítico.

Autores como Antonacopoulou (2001) e Ruas e Antonello (2003) apresentam uma discussão sobre a dificuldade em se estabelecer uma clara demarcação entre aprendizagem organizacional e organizações de aprendizagem, apontando como um dos fatores, para tal dificuldade, a confusão conceitual presente nas pesquisas dessa área temática.

Duas visões sobre o foco da aprendizagem são formadas a partir da multiplicidade e multidisciplinaridade conceitual:

- o foco na aprendizagem organizacional como um resultado: é um processo de codificação de inferências baseadas na história em rotinas que guiam novos comportamentos (MORGAN, 1980; LEVITT e MARCH, 1988; GARVIN, 1993);
- o foco na aprendizagem organizacional como um processo: é compreendida como uma construção social que transforma o conhecimento criado pelo indivíduo em ações concretas em direção aos objetivos organizacionais (ARGYRIS e SCHÖN, 1978; KOLB, 1997; NONAKA e TAKEUCHI, 1997) .

Easterby et al.(2001) correlaciona a natureza e o foco da aprendizagem organizacional, concluindo que a mesma conduz à organização de aprendizagem e esta, por sua vez, resulta de um processo prévio dessa aprendizagem.

Prange (2001, p. 42) alerta sobre a multiplicidade de maneiras pelas quais este tema tem sido classificado e usado, referindo-se às mesmas como uma “selva de aprendizagem organizacional, que está tornando-se progressivamente densa e impenetrável”.

Tsang (1997) discorre sobre a fragilidade das teorias que envolvem as definições dos aspectos prescritivos e descritivos da aprendizagem organizacional, salientando que teoricamente esta dicotomia não existe.

3.1.2 Da aprendizagem individual à aprendizagem organizacional

O processo de geração de conhecimento e aprendizagem organizacional também pode ser compreendido a partir do aprendizado individual. Vários autores afirmam ser a aprendizagem individual, quando a mesma ocorre em âmbito organizacional, condição inicial para aprendizagem organizacional, uma vez que é o indivíduo a entidade primária desse processo (MARCH e OLSEN, 1976; HEDBERG, 1981; KIM, 1993; DOGSON, 1993; KLEIN, 1989); cada gerente em uma organização proporciona a base para o processo de aprendizagem na organização (COHEN e LEVINTAL, 1990).

O aprendizado individual é considerado de importância significativa na aprendizagem organizacional, pois a informação que entra na organização, normalmente, é transmitida por intermédio dos indivíduos (gatekeepers), Allen (1977).

O processo de criação do conhecimento organizacional baseia-se na amplificação e internalização do conhecimento individual como parte do capital de conhecimento da organização. A incorporação do conhecimento individual no capital de conhecimento da organização baseia-se no fato de que as organizações podem ser representadas por padrões de interações entre indivíduos que tendem a perdurar mesmo quando alguns desses indivíduos deixam a organização (RANSON et al., 1980; INKPEN, 1996; INKPEN e CROSSAN, 1995).

Levando-se em consideração esses aspectos, compreende-se aprendizagem organizacional como uma construção social que transforma o conhecimento criado no nível individual em ações concretas em direção aos objetivos organizacionais (CLEGG, 1999; ELKJAER, 2001; MARSICK e GEPHART, 2003).

Nonaka e Takeuchi (1997) indicam que o conhecimento só pode ser criado por indivíduos e que a aprendizagem individual é a base para a compreensão do processo de aprendizagem organizacional., uma vez que uma organização só pode aprender por intermédio dos indivíduos que a compreendem (ARGYRIS e SCHÖN, 1978; KIM, 1993; ROWLEY, 2000).

A questão que surge destes pensamentos é: como o conhecimento individual é transposto para a organização? Nonaka e Takeuchi (1997) e Crossan et al. (1999) desenvolveram abordagens da aprendizagem organizacional, as quais discorrem sobre os níveis de análise da aprendizagem organizacional e buscam responder à esta questão.

De acordo com Nonaka e Takeuchi (1997) o processo se dá através do que os autores denominam de “espiral do conhecimento”, onde o conhecimento tácito é mobilizado e ampliado organizacionalmente, através de quatro formas de conversão: socialização, externalização, combinação e a internalização, ou seja, a transformação do conhecimento tácito em tácito, tácito em explícito, explícito em explícito e explícito em tácito, respectivamente, o qual se inicia no nível individual, subindo (alegoria da espiral) e se

cristalizando em níveis ontológicos superiores, cruzando fronteiras entre setores, departamentos, divisões e organizações (FERNANDES, 1998):

- socialização é a conversão do conhecimento tácito em novo conhecimento tácito. Se configura em um processo de compartilhamento de experiências pessoais, que podem se converter em novo conhecimento tácito, como modelos mentais ou habilidades técnicas. Modelos mentais são estruturas de conhecimento, como modos de pensamento ou quadro de referências individuais que delineiam a forma como o indivíduo vê e interpreta o mundo à sua volta (MORGAN, 1980);
- externalização é considerada pelos autores o modo mais importante para a criação do conhecimento. É o processo de articulação do conhecimento tácito em conceitos explícitos. Essa conversão se dá principalmente por meio da utilização de metáforas, analogias, conceitos, hipóteses e modelos, que são utilizados no diálogo e na reflexão coletiva. A combinação da dedução e indução no processo de criação de conceitos é uma das técnicas também utilizadas para facilitar a conversão do conhecimento tácito em explícito;
- combinação é o processo de sistematização de conceitos em um sistema de conhecimento. Significa a combinação e transformação de vários conjuntos de conhecimento explícito, como documentos, reuniões, redes de comunicação computadorizadas, que podem levar à novos conhecimentos;
- internalização é o processo de incorporação do conhecimento explícito no conhecimento tácito. Nesse caso, o conhecimento explícito existente é reformulado pelo indivíduo e internalizado como novo conhecimento tácito (NONAKA e KONNO, 1998). O indivíduo identifica o conhecimento explícito que é relevante para ele e o experimenta nas suas atividades diárias. Esse processo facilita a expansão e a reformulação do conhecimento tácito desse indivíduo (NONAKA, 1991).

As transposições propostas pela espiral do conhecimento dependem da cultura organizacional definida por Schein (1985) como um produto do aprendizado em grupo, que se desenvolve através do compartilhar de um conjunto de crenças, valores símbolos e normas.

A partir da importância da dimensão cultural e com o propósito de correlacionar o aprendizado individual ao coletivo alguns estudos organizacionais têm sido empreendidos, uma vez que na prática, é possível se verificar que aprendizagem nas organizações é maior que a soma da aprendizagem individual de seus membros (HERDBERG, 1988).

Crossan et al. (1999) propõem o “modelo dos quatro is” que descreve como o conhecimento individual é distribuído através de uma organização, delineando e possibilitando a aprendizagem organizacional. Os quatro processos que constituem a aprendizagem organizacional e que são propostos no modelo são: intuição, interpretação, integração e institucionalização, que ocorrem em três níveis: individual, grupal e organizacional.

Para Crossan et al.(1999) a aprendizagem não ocorre apenas entre os níveis, ela também cria uma tensão entre a assimilação de novas aprendizagens (feed-forward) e a utilização de conhecimentos já aprendidos (feedback).

No **QUADRO 3**, os três níveis definem a estrutura por meio da qual ocorre a aprendizagem e os processos que unem a estrutura. O processo de intuir e interpretar ocorre no nível individual; interpretar e integrar ocorre no nível grupal; e integrar e institucionalizar ocorre no nível organizacional, sendo de grande dificuldade identificar quando um processo finaliza e se inicia outro (STEIL, 2002).

QUADRO 3

Quatro processos de aprendizagem em três níveis organizacionais

Nível	Processo	13. Entradas	Saídas
14. Individual	intuir	15. experiências individuais e imagens	insights pessoais
	interpretar	16. linguagem e metáfora	diálogo compartilhado
Grupo	integrar ações negociadas	17. sistemas interativos	mapas cognitivos
Organizacional	institucionalizar ações com rotinas	18. regras e procedimentos	sistemas de conhecimento

Fonte: STEIL, 2002, p.64.

Crossan et al. (1999), definem os “quatro is” como:

- intuir envolve a presença e o reconhecimento de padrões e/ou possibilidades em nível pré-consciente no indivíduo. Esse processo afeta o comportamento. Nesse contexto, aprender significa identificar e reconhecer similaridades e diferenças entre padrões e possibilidades;
- interpretar diz respeito ao ato de verbalizar um insight, idéia ou conhecimento para si mesmo e/ou para outras pessoas. Significa a passagem de elementos pré-conscientes para conscientes, com o uso da linguagem. A linguagem possibilita a compreensão dos padrões intuitivos, o que reforça a aprendizagem;
- a integração é o processo de construção de uma compreensão compartilhada entre indivíduos e desenvolvimento de uma ação coordenada a partir de ajustamentos mútuos;
- a institucionalização é o processo que garante que as ações rotinizadas ocorram. A institucionalização parte da premissa de que camadas de conhecimento são incorporadas a sistemas, estruturas, estratégias, rotinas e práticas organizacionais. A institucionalização é o conceito que descreve esse processo de incorporação.

Crossan et al. (1999) compreendem, então, a aprendizagem organizacional como um processo constituído e constitutivo. O conhecimento individual e os processos de intuir e interpretar delineiam as rotinas e ações organizacionais (integração e institucionalização), que, em seu turno, influenciam o processo de intuição e interpretação, formando um processo de aprendizagem com elementos dialéticos.

Morgan (1986) chama atenção para o fato das organizações não terem, fisicamente, cérebro, no entanto elas possuem sistemas cognitivos e memórias. O autor exemplifica a idéia dizendo ser possível tal dedução a partir da observação, nas empresas, quando ocorre a mudança de funcionários: os funcionários mudam, as lideranças se modificam, mas sempre existe uma memória remanescente que preserva comportamentos, normas, valores e modelos mentais.

Schein (1985) argumenta que a integração dos indivíduos dentro de uma cultura pautada por objetivos comuns [estratégia] facilita o aprendizado e é o maior desafio em direção ao futuro de uma organização. O conhecimento organizacional é formado por princípios e práticas, sendo que os princípios valores e crenças irão nortear e fomentar as práticas, já as práticas são as ações e elementos complementares, como a estrutura, que irão gerar e disseminar o conhecimento numa organização. Assume-se, então que a aprendizagem se dá com a participação de um fenômeno organizacional mais amplo, a cultura (SCHEIN, 1985).

Indivíduos aprendem em organizações, mas esta aprendizagem pode ou não contribuir para a aprendizagem organizacional. A aprendizagem é organizacional na medida em que: (1) é realizada para alcançar propósitos organizacionais; (2) é compartilhada ou distribuída entre os membros da organização; e (3) os resultados da aprendizagem são incorporados em sistemas, estratégias, estrutura e cultura organizacional. (SNYDER e CUMMING, 1998, p.875) .

Marengo (1992) salienta que mesmo quando todos os membros da empresa são sujeitos a um mesmo processo de aprendizagem, os fluxos de conhecimento, informação e comunicação, distribuídos pelos sistemas, podem resultar diferentes padrões de aprendizado organizacional. Pouca atenção é concentrada no efeito das disparidades intrínsecas e as complexidades associadas, a maioria das análises tende assumir que a capacidade de aprendizagem acontece de forma uniforme. Em organizações complexas [por exemplo, hospitais], muitos tipos diferentes do processo de aprendizagem podem ocorrer ao mesmo tempo e em diferentes direções e velocidades (FERNANDES 1998).

Malik (1998) ao discorrer sobre a aprendizagem em organizações hospitalares, aponta para o fato de muitas vezes essas organizações simplesmente não mostrarem desejo real por mudanças, embora a mudança seja vista como necessária. Exemplifica este cenário falando sobre o corporativismo em hospitais como uma das causas para o comando simultâneo, que gera, conseqüentemente, uma barreira à aprendizagem: a enfermagem e o corpo-clínico têm por hábito desenhar seus próprios modelos de gestão e de avaliação, não aceitando os ditames mais gerais da organização.

Considerando-se essa realidade, o principal desafio dos profissionais da área de gestão de pessoas, executivos e outros profissionais do conhecimento é o de criar estruturas para auxiliar na conversão do conhecimento individual em conhecimento organizacional (COHEN, 1998).

Em contraposição à idéia de que o aspecto organizacional da aprendizagem tem nos indivíduos os seus principais agentes, Huysman (2001, p. 87) propõe uma reflexão sobre o foco da “tendência à ação individual”, como sendo fator que negligencia o papel desempenhado pela própria estrutura da empresa, como por exemplo, forças institucionais, histórias institucionais, culturas, estruturas de grupo e estruturas de poder. O ambiente interno e a cultura podem restringir as ações individuais. Outro ponto seria o ambiente externo às organizações, impondo padrões de agressividade à medida que a competitividade aumenta, concluindo que “a organização aprende, mas as ligações entre essa aprendizagem e o comportamento dos indivíduos no interior da organização permanecem obscuras”.

3.1.3 Abordagem cognitiva e comportamental na aprendizagem organizacional

O estudo da aprendizagem, alerta Fernandes (1998), evidencia objetivos de naturezas relativamente antagônicos. As teorias da psicologia cognitiva supõem que o conflito (causado, por exemplo, pelo erro derivado da experimentação) é uma condição para a aprendizagem e atua como motor deste processo. Deste modo, é admissível verificar-se um dilema antagônico entre o incremento da inovação/adaptação e produtividade/eficiência. Em outras palavras, uma aparente contradição entre inovação e produtividade, mudança e experiência, que fazem parte do mundo real. O argumento que resolve a contradição entre inovação e eficiência está

contido no conceito de aprendizagem, o qual busca correlacionar a interação dinâmica entre estes dois pólos.

Sugere, ainda, o autor, que desta forma, a aprendizagem organizacional deve ser interpretada a partir de um plano dialético, onde, estruturas e conhecimentos existentes (tese), são continuamente desafiados por novas estruturas e conhecimentos não enquadrados (antítese), os quais são reorganizados e melhor integrados num processo de (síntese), precipitando as condições de emergência de uma nova tese e por conseqüência um novo patamar de resultados. Portanto, conflito e aprendizagem podem ser vistos como inevitáveis, tanto em organizações quanto em indivíduos.

Uma análise das definições de aprendizagem organizacional indica que suposições acerca da natureza da aprendizagem estão implícitas ou são explicitamente incluídas nas definições.

Uma das características principais da perspectiva cognitivista à aprendizagem individual e organizacional é que ela dissocia as mudanças nos estados de conhecimento das mudanças comportamentais diretas e observáveis correspondentes (STEIL 2002).

A abordagem cognitiva possui um ponto de convergência entre seus diversos autores e defensores: o conhecimento é construído pelo homem a partir de objetos e outros conhecimentos apresentados a este. Entretanto, esse conhecimento construído vai além do apresentado, é uma nova configuração criativa, sendo, portanto, histórico, não-neutro e subjetivo. A aprendizagem diz respeito a alterações sistemáticas em estruturas cognitivas e estados de conhecimento e os estados de conhecimento individual configuram-se na base cognitiva para novos conhecimentos, individuais ou organizacionais (STEIL, 2002).

O processo de aprendizagem é compreendido como a transformação de uma dada estrutura cognitiva por meio da integração de nova informação. Conseqüentemente, o resultado imediato da aprendizagem é um conhecimento novo ou aperfeiçoado [inovação] e

não qualquer ação ou comportamento particular. Assim, o foco da aprendizagem não se refere à experimentação reativa do tipo tentativa e erro, mas inclui a antecipação da capacidade de resolver problemas (KLIMECKI e LASSLEBEN, 1998, p. 407).

O processo da aprendizagem cognitiva ao ser relacionado com o nível de análise do indivíduo, como elemento necessário fundamental à aprendizagem organizacional, cria um instrumento que propicia a aprendizagem organizacional. Novos conhecimentos individuais podem, então, ser ampliados organizacionalmente (NONAKA e TAKEUCHI, 1997) e institucionalizados (CROSSAN et al., 1999), gerando aprendizagem organizacional.

O **QUADRO 4** apresenta um resumo sobre os conceitos sobre a abordagem cognitiva e comportamental e aprendizagem organizacional com seus respectivos autores:

19. QUADRO 4

Conceitos de aprendizagem organizacional e relação entre cognição e comportamento

Autores	Conceitos	Abordagem cognitiva e/ou comportamental
Daft e Weick (1984)	Organizações experimentam, testam e estimulam, ignorando regras e expectativas tradicionais.	Abordagem comportamental (mudança atual)
Fiol e Lyles (1985)	Aprendizagem organizacional é o processo de melhorar as ações através de aumento do conhecimento e da compreensão.	Abordagem cognitiva e comportamental (mudança atual)
Huber (1991)	Uma entidade aprende se, através de seu processamento de informações, a amplitude de seu comportamento potencial é alterada.	Abordagem cognitiva e comportamental (mudança potencial)
Kim (1993)	Aprendizagem organizacional é definida como	Abordagem cognitiva e comportamental

	um aumento crescente da capacidade organizacional de realizar ação efetiva.	(mudança potencial)
Shrivastava (1983)	Aprendizagem organizacional envolve o processo através do qual a base de conhecimento organizacional é desenvolvida e delineada.	Abordagem cognitiva
Garvin (1993).	Uma organização que aprende é aquela que possui habilidades na criação, aquisição e transformação do conhecimento, assim como na modificação de seu comportamento para refletir os novos conhecimentos e insights	Abordagem cognitiva e comportamental (mudança potencial)
Slater e Narver (1994)	Aprendizagem organizacional, em termos básicos, se refere ao desenvolvimento de novo conhecimento ou insights que têm o potencial para influenciar o comportamento.	Abordagem cognitiva e comportamental (mudança potencial)
Nicolini e Meznar (1995)	Aprendizagem pode se referir tanto ao interminável processo de modificações cognitivas (no sentido de a aprendizagem ser um processo infundável) quanto ao resultado deste processo (o que é alcançado no processo de aprendizagem). Em outras palavras, o verbo “aprender” pode ser um verbo de resultado ou um verbo de processo.	Abordagem cognitiva e comportamental (mudança potencial)
Swieringa e Wierdsma (1995)	O termo aprendizagem organizacional significa a mudança do comportamento organizacional.	Abordagem comportamental (mudança atual)
DiBella et al. (1996)	Aprendizagem organizacional é a capacidade (ou processo) em uma organização, que mantém ou aumenta o desempenho baseado na experiência. O conceito inclui a aquisição do conhecimento, o compartilhamento do conhecimento e a utilização do conhecimento.	Abordagem comportamental (mudança atual)
Senge (1998)	Organizações de aprendizagem são aquelas nas quais as pessoas expandem continuamente a sua capacidade de criar os resultados desejados, onde padrões novos e expansivos de pensamento são nutridos, onde as aspirações coletivas são libertadas e onde as pessoas aprendem continuamente a como aprender juntos.	Abordagem cognitiva e comportamental (mudança potencial)

Fonte: adaptado de STEIL, 2002, p.66.

Leroy e Ramanantsoa (1997) estabeleceram leis gerais sobre o estímulo recebido por um indivíduo e as características de suas respostas comportamentais. A aprendizagem, neste enfoque equaciona-se com a mudança de comportamento em função da exposição do indivíduo a estímulos provenientes do mundo exterior. Esse estímulo é considerado um insumo para a aprendizagem, gerando uma modificação observável no comportamento. A aprendizagem se dá por meio de tentativa e erro e gera uma melhor adaptação do indivíduo ao meio. O resultado da aprendizagem é um comportamento melhorado ou novo.

Inkpen e Crossan (1995) propõem um modelo que integram a mudança cognitiva e comportamental, uma vez que existem situações em que mudanças comportamentais se impõem aos indivíduos, podendo se configurar em um mecanismo de revisão de estruturas de conhecimento.

Ao analisarem as contribuições das abordagens cognitivas e comportamentais à aprendizagem organizacional, Inkpen e Crossan (1995) argumentam que a cognição e o comportamento são tão entrelaçados que se constitui tarefa contraproducente definir a aprendizagem organizacional como uma mudança cognitiva ou comportamental. Os autores sugerem uma abordagem diferenciada, na qual podem ser identificados diferentes tipos de aprendizagem como resultado de mudanças cognitivas e/ou comportamentais.

No modelo de Inkpen e Crossan (1995), os estados de aprendizagem são desenvolvidos tendo-se como referência o nível individual. De acordo com o modelo, nos casos em que não forem identificadas mudanças cognitivas e mudanças comportamentais, considera-se que não houve aprendizagem. Por outro lado, ocorre a aprendizagem integrada quando se observam mudanças tanto no comportamento quanto na cognição individual.

Situações em que ocorrem mudanças cognitivas sem a correspondente mudança comportamental ou mudanças comportamentais sem uma alteração na cognição referem-se a estados de transição, na medida em que geram uma tensão entre a ação e o sistema de crenças de um indivíduo, essa tensão pode ser compreendida pelo conceito de dissonância cognitiva, que diz respeito à incoerência, diferença ou dissonância entre o que a pessoa sabe ou crê e o que faz (FESTINGER, 1975).

A presença da dissonância gera um incômodo psicológico, que, por sua vez, motiva a pessoa a tentar reduzi-lo, em busca da consonância e conseqüente conforto psicológico (LEROY e RAMANANTSOA, 1997).

Quando ocorre mudança cognitiva sem a correspondente mudança comportamental, pode-se identificar a possibilidade da ocorrência de dois estados de transição distintos. O primeiro ocorre quando a tensão entre mudança cognitiva e mudança comportamental não pode ser resolvida, chamado de aprendizagem bloqueada, este estado tende à não aprendizagem. Nesse caso, o indivíduo absorveu novos conhecimentos e está disposto a colocá-los em prática, entretanto a resistência organizacional pode impedir esse processo. A resistência organizacional é um fenômeno multifacetado e pode ser representada, por exemplo, por impedimentos de ordem política, de poder ou interesses divergentes, ou mesmo por falta de recursos para que a aprendizagem se efetive (LEROY e RAMANANTSOA, 1997).

“Por exemplo, algumas pessoas que propõem novas soluções cognitivas podem se deparar com coalizões que bloqueiam qualquer inovação que possa minar o seu poder” (LEROY e RAMANANTSOA, 1997, p. 877).

A aprendizagem bloqueada em nível individual impede que esse novo conhecimento se amplie organizacionalmente (NONAKA e TAKEUCHI, 1997) e que o processo de integração e institucionalização ocorra (CROSSAN et al., 1999), o que impossibilita a aprendizagem organizacional.

A aprendizagem antecipatória ocorre quando há mudança cognitiva sem uma mudança comportamental correspondente, observa-se um período de tempo variável entre a mudança da cognição e a verificação de mudanças no comportamento (STEIL, 2002).

Assim como a psicologia sugere que a capacidade de aprendizado é dependente de certas condições primárias, tais como, a presença de conhecimento anterior e estímulos ambientais, três principais conceitos são utilizados para analisar as atividades e comportamentos das empresas no processo de aprendizagem coletiva: base de conhecimento (knowledge-base), competências centrais (core competences) e rotinas (FERNANDES, 1998).

O termo “base de conhecimento” (knowledge-base) é normalmente utilizado para analisar a forma que o conhecimento se dá, e o processo de sua acumulação Metcalfe e Gibbons (1989). Cada organização é definida pela sua base de conhecimentos e pelos processos de aquisição, articulação e incremento do conhecimento sobre o qual a organização tem controle. Este conceito possui similaridades com o conceito de competências centrais (FERNANDES, 1998).

Prahalad e Hamel, (1990) argumentam que a competitividade de uma empresa é uma função de suas “competências centrais”, sendo descritas como o aprendizado coletivo da organização, onde o resultado das competências habilitará a empresa no desenvolvimento e inovação de produtos de alto valor agregado. O desenvolvimento de competências pressupõe organização, envolvimento, comunicação e comprometimento na geração de valor.

Segundo Nelson e Winter (1982), são as rotinas (routines) que operacionalizam a memória e a base de conhecimento na organização, sendo composta de regras, normas, procedimentos, tecnologias e estratégias, em volta das quais as organizações são construídas e operam. Por ser um conceito relativamente amplo que inclui, ainda, a cultura suas crenças e valores, o mesmo tende a ser considerado limitado (FERNANDES, 1998). Contudo, este conceito implica uma idéia de ação organizacional, ou seja, não é importante somente o estoque de conhecimentos e habilidades que a empresa possui, mas como ela operacionaliza tais elementos na sua ação.

Os conceitos que norteiam esta pesquisa fundamentam-se nos autores que representam o enfoque gerencial da aprendizagem organizacional. A abordagem cognitiva e comportamental, contida no referencial teórico, objetiva complementar o conjunto de teorias expostas dando maior suporte às interpretações.

3.2 Inovação

A inovação pode ser um dos principais fatores para a vantagem competitiva sustentável nas empresas, autores em estratégia empresarial concordam nesse ponto, Porter (1990) afirma que uma empresa quando é singular em algo se diferencia da concorrência, o que normalmente

resulta em desempenho superior. Para Slywotzky e Morrison (1998), a única maneira de uma empresa permanecer na zona do lucro seria por intermédio da inovação constante.

Segundo Levering (1997), as empresas consid

de informação; redes de comunicação informais; papéis informais que estreitam o relacionamento e cooperação; práticas de resolução de problemas e de conflitos.

Kim e Mauborgne (2001), em seus estudos a respeito das empresas inovadoras de valor, concluem que um fator de sucesso é o reconhecimento pela empresa do mérito intelectual e emocional de seus colaboradores.

Para Chesbrough e Teece (1996), construir uma organização voltada à inovação, os executivos devem verificar qual tipo de inovação está ocorrendo e também avaliar se as competências e as capacidades necessárias para produzir tal inovação estão disponíveis no mercado ou se é necessário desenvolvê-las.

Christensen (2002) considera que a natureza das mudanças pode ser explicada por meio de dois conceitos básicos: inovações de sustentação e inovações de ruptura.

As inovações de sustentação visam a melhorar gradualmente as características existentes de um produto ou serviço. As inovações de ruptura, por outro lado, criam novas características que podem superar as limitações das inovações de sustentação. Christensen (2002) argumenta que as inovações de sustentação são geralmente lideradas por grandes empresas estabelecidas, enquanto as inovações de ruptura são lideradas por startups e pequenas empresas. Ele também sugere que as inovações de sustentação tendem a ser mais focadas em melhorar a eficiência e a qualidade, enquanto as inovações de ruptura são mais focadas em criar novos produtos ou serviços que podem superar as limitações das inovações de sustentação.

Segundo Faria (1997), tecnologias de gestão é um conjunto de técnicas, instrumentos ou estratégias utilizadas pelos gestores, para controlar o processo de produção em geral, e de trabalho em particular, de maneira a otimizar os recursos nele empregados, pondo em movimento a força de trabalho capaz de promover a geração de excedentes apropriáveis de forma privada ou coletiva.

As tecnologias gerenciais passam por processos de difusão, no qual sofrem, pela aprendizagem e adaptação, processos de inovações incrementais (FARIA, 1997).

Um aspecto importante nesse campo é que a adoção de uma tecnologia não se dá necessariamente por um processo decisório racional clássico. Simon (1963), ao discutir a tomada de decisão, trouxe uma importante contribuição ao analisar de forma mais ampla a questão da racionalidade, expondo o conceito de racionalidade limitada, segundo o qual o homem não tem capacidade de analisar todas as alternativas e escolher a opção ótima. A escolha se limita ao satisfatório. Assim, muitas decisões se dão por processos que se baseiam em outras formas de racionalidade, que buscam, além da eficiência, a legitimação em seu ambiente.

O recente processo de modernização das instituições de saúde tem sido atribuído a uma série de mudanças em seu ambiente de atuação, alterando aspectos inerentes a sua formação histórica e estrutural. Neste cenário percebe-se tomadas de decisão na adoção da inovação objetivando a competitividade no setor. Um exemplo disto é a adoção por práticas hoteleiras pelos hospitais, a aquisição de equipamentos de alta complexidade tecnológica e a introdução de franquias na área (ALMEIDA, 2001).

O processo da evolução tecnológica se tornou papel fundamental na inovação (GRANT, 1998). Porter (1990) destaca que a evolução tecnológica tem um papel poderoso na concorrência, e que as organizações necessitam prever a trajetória dessa evolução para que sejam capazes de se antecipar a ela. Porter (1990) relata que a maioria das pesquisas sobre o

modo de como a tecnologia evolui no mercado teve sua origem no conceito de ciclo de vida do produto, e que a transformação tecnológica estava concentrada nas necessidades de inovação de produto.

Tal fato faz com que a inovação seja vista como forma de competir em ambientes altamente dinâmicos e com ininterruptas mudanças tecnológicas, para que as empresas adotem a inovação como modo de vida corporativo, capaz de criar novos produtos e processos (TUSHMAN e NADLER, 1997).

Como apontam trabalhos mais recentes sobre o processo de desenvolvimento econômico, a inovação e o conhecimento estão no centro das dinâmicas de crescimento de nações, regiões, setores, organizações e instituições (CASSIOLATO e LASTRES, 1999).

Schumpeter (1984) definiu distinção entre invenção e inovação. O conceito mais difundido, é o de que a inovação corresponde à incorporação ao processo produtivo, de uma invenção. Trata-se da introdução na economia de novo conhecimento, consubstanciado na forma de produtos ou processos produtivos, gerenciais ou sociais. (JOHNSON, 1992,). Por extensão, as inovações podem ser de âmbito tecnológico, gerencial ou social.

As inovações tecnológicas se dão em relação a produtos e processos. As inovações gerenciais, tipo especial de inovação em processo ou em estrutura organizacional, se referem às novas formas de organizar a produção ou a comercialização de bens ou serviços, além de novas práticas de gestão da organização como um todo e novas arquiteturas organizacionais.

Freeman (1992) registra que as inovações podem ser radicais ou incrementais. A inovação radical envolve rupturas, mudanças estruturais na economia, sendo que, segundo Schumpeter (1984), esta é a principal fonte de desenvolvimento do capitalismo. A inovação incremental representa os melhoramentos nas inovações radicais, com base na experiência e aprendizado de usuários e produtores.

Rogers (1995, p. 11) compreende inovação como “uma idéia, prática ou objeto que é percebida como nova por um indivíduo ou outra unidade de adoção.” Assim, a inovação é reconceitualizada à medida que é percebida como tal pelo adotante, em relação a seu processo produtivo particular, ou, no caso do adotante individual, em relação ao seu consumo, desvinculando-se da delimitação temporal de sua origem. A inovação, vista dessa forma, torna-se mais próxima dos hospitais, os quais, em sua maioria, não são os desenvolvedores de inovações radicais, nem seus primeiros adotantes, mas empreendem processos de inovação ao adotarem novas tecnologias, aprimorando e adaptando às condições de funcionamento de destas instituições e às condições locais.

As inovações tecnológicas normalmente trazem dois componentes argumenta Rothwell (1992), o primeiro é o elemento conceitual: as inovações gerenciais se referem aos novos conceitos, meios diferenciados de organizar o processo produtivo. Exemplos dessas inovações são as técnicas de gestão, como o programa de qualidade que, ao ser incorporado a um processo produtivo particular é considerado novo e portanto constituem-se em uma inovação gerencial do tipo incremental (ROGERS, 1995); o segundo é o elemento físico: há algumas inovações gerenciais que incorporam uma parte física de forma complementar (mas não essencial) à conceitual, como no caso de novas técnicas de gerência que utilizam sistemas informatizados.

A natureza da inovação gerencial é essencialmente conceitual, o que tem sido considerado como fator que dificulta a análise por parte dos teóricos da difusão dessas inovações, porque sua propagação torna-se difícil de ser traçada e mensurada (ROGERS, 1995).

Cooper (1998) afirma que processos gerenciais inovadores e as inovações tecnológicas se influenciam assumindo uma relação dialética.

Oliveira (1997) assinalou que as inovações gerenciais têm recebido pouca atenção das pesquisas, sobretudo no Brasil.

As inovações tangíveis, assim como os fatores tangíveis que as condicionam, são de mais fácil delimitação. Todavia tais tipos de inovação e de fatores condicionantes não esgotam todas as alternativas existentes. Os aspectos intangíveis em ambas as dimensões são os mais difíceis de captar: “[...] mudanças em equipamentos parecem estar entre as ocorrências menos difíceis da inovação industrial, enquanto que as características de comportamento e culturais são menos maleáveis ao controle empresarial” (ROTHWELL, 1992, p. 9).

Cassiolato e Lastres (1999) apontam para trabalhos mais recentes desenvolvidos sob a perspectiva de sistemas de inovação e enfatizam o enfoque da inovação como processo de busca e do aprendizado, sendo esse último resultado de interações entre os diferentes atores envolvidos. Consideram, ainda, a existência de assimetrias entre os diferentes agentes e suas capacidades de aprender, que são resultados de aprendizados anteriores e da capacidade de esquecer.

Jensen e Harmsen (2001) destacam que as empresas inovadoras reconhecem o desenvolvimento de novos produtos como de crucial importância para que as empresas assegurem ao longo tempo sua sobrevivência e crescimento.

A inovação de produtos pelas empresas pode permitir que elas atendam novas necessidades do mercado, melhorem suas posições em relação aos substitutos e reduzam a necessidade de produtos complementares, e assim resultando em melhores condições para seu crescimento (PORTER, 1986).

Hippel et al. (2002) defendem que o fluxo ininterrupto de desenvolvimento de produtos inovadores é necessário para que a empresa cresça rapidamente e mantenha altas margens de lucro.

Em um contexto de altos riscos e incertezas, onde competitividade depende muito de condições organizacionais que estimulem as inovações e o progresso tecnológico (QUINN e MUELLER, 1963), sugere-se que a comercialização de uma nova tecnologia imponha requisitos organizacionais mais complexos (ZILBER e MONTEIRO DE BARROS, 2001),

Porém, existe um pressuposto implícito nas ações observadas em diversas empresas, no sentido de que realizar melhorias no produto é menos arriscado do que introduzir inovações, deixando assim que um concorrente corra o risco de testar um novo produto, preferindo ser um seguidor ágil (HAMEL, 2003).

Conforme Quinn (1999), organização inovadora é aquela que transfere um conceito de invenção para o mercado, tendo que absorver sozinha todos os custos no caso de um possível fracasso, podendo ser social ou administrativamente intolerável, pondo em risco seus demais produtos, projetos e oportunidades.

As empresas que fazem o papel de seguidoras de mercado buscam monitorar novos produtos de seus concorrentes, copiando com muito menos risco e investimentos. As organizações adotam a estratégia de imitação, pois buscam minimizar riscos e maximizar oportunidades de lucros, e geralmente entram em novos mercados ou lançam novos produtos somente após o teste de viabilidade realizado pelos inovadores (ROBBINS, 2002). Dessa forma conseguem minimizar custos de pesquisa e até oferecer produtos similares com preços inferiores. Mas tal ausência de inovação pode afetar o desenvolvimento sustentado da organização porque, em determinado período, a estagnação de oferta induz os clientes a preferir novos produtos e novos serviços oferecidos pela concorrência (FREIRE, 2002).

Assim, a chave para o sucesso das organizações num ambiente competitivo está na inovação, na introdução permanente de novos produtos e serviços, superiores aos atuais, caso contrário elas não poderão sobreviver (ANSOFF et al., 1993), bem como em acompanhar e antecipar a evolução das necessidades de seus clientes (FREIRE, 2002).

A inovação pode ser conceituada de forma mais ampla, como incluindo melhores maneiras de fazer as coisas (PORTER, 1998).

Ayas (2001) identifica a inovação, em sua e

Entre os indicadores do nível de atividade inovadora encontram-se as despesas em P&D (ANPEI, 1999; REA e KERZNER, 1997) com serviços tecnológicos, aquisição de tecnologia, engenharia não rotineira, P&D&E, investimentos em ativos fixos e em ativos intangíveis (ANPEI, 1999) e finalmente em gastos com treinamento (ANPEI, 1999; REA e KERZNER, 1997).

Entre os indicadores da configuração organizacional orientada para a inovação fazem parte o pessoal lotado em pesquisa e desenvolvimento, em engenharia não rotineira e em pesquisa, desenvolvimento e engenharia e a área física ocupada por laboratórios (ANPEI, 1999).

Entre os indicadores do desempenho inovador acham-se os projetos finalizados, as patentes obtidas no País e/ou no exterior; as receitas advindas da venda de tecnologia para terceiros (ANPEI, 2001), o faturamento (ANPEI, 2001; REA e KERZNER, 1997), o lucro gerado por produtos novos (COOPER, 2000) bem como o percentual de inovações bem-sucedidas em relação ao total de inovações bem-sucedidas do Setor (ANPEI, 2001).

Engel et al. (2000) argumentam que existem muitas maneiras para definir uma inovação, entre as mais comuns e aceitas, embora subjetivas, por resultar do pensamento de um indivíduo em particular, é que: uma inovação é qualquer idéia ou produto percebido pelo consumidor potencial como sendo novo. Nesse sentido, Shelth et al.(1999), destacam o sentido da singularidade, percebido pelo cliente como única à medida que o produto é diferente daqueles existentes.

Chandy e Tellis (1998) definem inovação como a capacidade de uma empresa em criar novos produtos que incorporem substancialmente diferentes tecnologias dos produtos existentes e possam satisfazer as necessidades essenciais dos consumidores, melhor do que os produtos atuais.

Engel et al. (2000) caracterizam as modificações ou extensões de produtos já existentes como uma inovação contínua, que pouco altera o padrão de comportamento básico exigido pelos consumidores. Do ponto de vista de oportunidade, Birley e Muzyka (2001) definem que são os menos dramáticos.

Freire (2002) sintetiza a inovação incremental como pequenas melhorias dos processos, produtos ou serviço da empresa.

Afuah (1998) define a inovação incremental como parte do conhecimento já existente que é requerido para oferecer um novo produto. Além do mais, eles continuam a permitir a competitividade e se mantêm regular na medida em que conserva as tecnologias de fabricação existentes.

Em um nível seguinte ou intermediário, estão as melhorias com combinação criativa de idéias ou tecnologias para desenvolvê-los, que Tushman e Nadler (1997) definem como sintética. Nessa abordagem, não há nenhuma nova tecnologia sendo utilizada, apenas uma combinação criativa de uma série de tecnologias já existentes e interligadas, estabelecendo um

requerem a introdução de qualificações, processos e sistemas novos em toda a organização (TUSHMAN e NADLER, 1997).

A inovação descontínua envolve a introdução de um produto inteiramente novo alterando significativamente os padrões de comportamento do consumidor (ENGEL et al., 2000), que inicialmente pode parecer pior quando avaliado pelas medidas de desempenho que os consumidores costumeiros valorizam, mas criando um mercado inteiramente novo com a introdução desse tipo de produto (CHRISTENSEN, 2002).

Afuah (1998) trata como sendo uma inovação radical quando o conhecimento tecnológico requerido é muito diferente do conhecimento existente, resultando em um produto superior que não permite concorrente.

Scherer (1984) considera inovação de processo aquela, desenvolvida internamente ou adquirida externamente, usada no processo de produção da empresa; e inovação de produto aquela, também desenvolvida interna ou adquirida externamente, comercializada pela empresa para outras empresas ou consumidores finais.

Destaca ainda o autor, que existem inovações de produto, que demandam mudanças no processo de produção e vice-versa, isto é, algumas mudanças no processo de produção de algumas empresas possibilitam o desenvolvimento de novos produtos (COOPER, 1998; SCHERER, 1984)).

Para Freire (2002) as melhorias significativas ou desenvolvimento de novos processos, produtos ou serviços na empresa que utilizam recursos tecnológicos fundamentalmente diferentes são caracterizadas como uma inovação revolucionária.

O **QUADRO 5**, mostra um resumo das várias abordagens sobre inovação:

- produtos lançados com novas aplicações ou em novos mercados;
- novas linhas de produtos;
- produtos inteiramente novos para o mundo.

A Organisation of Economic Co-Operation and Development – OECD (1994), classifica a inovação em três níveis: inovações mínimas: que são novas para a empresa; as intermediárias: novas para a região ou para o país; e inovações máximas: que são novas para o mundo.

Entretanto, no contexto organizacional, a maior parte das organizações, prioriza as oportunidades e combinações, sendo que nunca negligenciam o desenvolvimento incremental ou evolucionário dos produtos existentes, mas sempre buscam inovações descontínuas que agregam altos valores para a organização (BIRLEY e MUZYKA, 2001). Tushman e Nadler (1997) definem tal abordagem como uma inovação sustentada, que embora possa parecer algo paradoxal, exige, ao mesmo tempo, estabilidade que possibilita aprendizado incremental, ou seja, melhorias incrementais, e mudanças para a experimentação ou inovações descontínuas, que são necessárias à conquista de avanços nas áreas de produto, processo e tecnologia.

No contexto corporativo, como a maior parte das organizações, buscam tanto o desenvolvimento incremental como a busca das inovações descontínuas (BIRLEY e MUZYKA, 2001), Tushman e Nadler (1997), classificam e definem as mesmas como:

- incremental: são os produtos que propiciam características adicionais ou extensões de uma linha anteriormente padronizada.
- sintética: são produtos sem nenhuma tecnologia nova, isto é, apenas a combinação de uma série de tecnologias já existentes.
- descontínuas: são produtos com o desenvolvimento ou aplicação de tecnologias ou idéias substancialmente novas que requerem a introdução de qualificações, processos e sistemas novos em toda a organização.

O **QUADRO 9** relaciona os três tipos de inovação com os conceitos e seus respectivos autores:

QUADRO 6

Níveis de inovação, conceitos e autores.

Nível	Autor(es) (ano)	Definição
Incremental	Tushman e Nadler (1997)	Características adicionais
	Afuah (1998)	Parte do conhecimento existente
	Siqueira (1999)	Melhorias de produtos existentes
	Engel et al.(2000)	Modificações ou extensões
	Birley e Muzyka (2001)	Evolução das linhas de produtos
	Cohen e Graham (2002)	Novas características
	Freire (2002)	Pequenas melhorias
	Kenny (2003)	Uso de tecnologia existente ou baixa tecnologia
Sintética	Tushman e Nadler (1997)	Combinação de tecnologias interligadas
	Engel et al. (2000)	Não altera padrões estabelecidos
	Freire (2002)	Melhoria significativa utilizando tecnologia existente
Descontínua ou Radical	Tushman e Nadler (1997)	Tecnologias ou idéias expressivamente novas
	Afuah (1998)	Produtos superiores
	Siqueira (1999)	Produtos inteiramente novos para o mundo
	Kenny (2003)	Uso de alta incerteza tecnológica
	Freire (2002)	Melhoria significativa com tecnologias diferentes

Fonte: Elaborado pela autora.

Mesmo diante das várias condições para inovação, o desempenho da inovação é geralmente avaliado em termos de oportunidades buscadas e inovações conseguidas. Entretanto, o critério de mensuração tradicional não tem forçado as empresas a analisarem o próprio desempenho

em comparação com os novos concorrentes (BIRLEY e MUZYKA, 2001). Para Hamel (2000) poucas empresas dispõem de algum indicador para avaliar os resultados da inovação.

As medidas do grau de inovação de uma empresa são difíceis de se operacionalizar, motivo pelo qual se utilizam medidas indiretas (REA e KERZNER, 1997). As medidas da inovação podem ser divididas em três tipos: os indicadores de nível de atividade inovadora, os indicadores da configuração organizacional orientada para a inovação e os indicadores do desempenho inovador (ANPEIOT‘Y9oõjOTB;;áqàÀàBOààjjZoIõÀBÀBO;:x:O:O:jZ IõÀ:xBÀxZaIàBàà:O:ZEI

3.3 Aprendizagem organizacional e inovação

A literatura sobre o gerenciamento da inovação e tecnologia descreve várias trajetórias de desenvolvimento e a dependência no processo de aprendizagem (EASTERBY et al., 2001)

Pavitt (1991) argumenta que a gama de escolhas sobre tecnologias, produtos e processos, pelas empresas, depende das competências acumuladas, nas melhorias destas competências e na aprendizagem contínua e coletiva.

A aprendizagem é vista como uma busca intencional para preservar e melhorar a competitividade, produtividade e inovação em circunstâncias incertas de mercado e evolução tecnológica (FERNANDES, 1998).

Segundo as visões correntes da literatura de administração/negócios, à medida que o conhecimento se consolida ele, simultaneamente, corre o risco de se tornar obsoleto em função da constante mudança do ambiente, comenta Fernandes (1998).

Particularmente importante na competência à inovação é o conhecimento proveniente da interação com os clientes ou usuários finais, pois estes são fontes importantes de aprendizado. A literatura sobre inovação descreve esta capacidade quando faz uma distinção entre estratégias de líder ou seguidor (PORTER, 1979).

A capacidade de adaptação e flexibilidade frente aos desafios do meio ambiente, segundo De Geus (1995), dependem da capacidade dos altos gerentes de uma empresa de absorverem que está acontecendo no meio ambiente de negócios e de agirem em relação àquelas informações com medidas apropriadas. Ou seja, dependem da aprendizagem organizacional, definindo como o processo pelo qual as equipes de gerência mudam os modelos mentais compartilhados de sua empresa, seus mercados e seus concorrentes, indicando o planejamento como forma de aprendizagem organizacional.

“Aprendizagem organizacional só passa a ter sentido em administração se associada à mudança”...[inovação], especialmente no que diz respeito à compreensão do que pode facilitar ou dificultar mudanças em processos, métodos, estratégias, práticas, etc (RUAS e ANTONELLO, 2003, p. 204)

Motta e Vasconcelos (2004) sugerem que a inovação nas organizações se dá através de uma atividade de aprendizagem organizacional, entendida como à institucionalização de regras, estilos de gestão e procedimentos, que proporcionam a aquisição e o tratamento de novas informações promovendo o questionamento contínuo dos padrões cognitivos e técnicos vigentes nas organizações. Neste contexto, ocorre a invenção e a implantação de novos padrões e normas de referência sob uma ótica evolutiva, permitindo a adaptação rápida das organizações para a manutenção da vantagem competitiva.

Grant (1998) considera que a empresa orientada com forte controle organizacional tende a inibir a criatividade, essencial para o desenvolvimento de inovações, recomenda que se promovam processos de redundância de esforços, tentativa e erro e experimentação, característicos de um ambiente sem controle, estimulante para as inovações.

Fundamentada no referencial teórico apresentado neste capítulo, esta pesquisa direciona-se para a verificação da associação da aprendizagem e inovação nos hospitais, a partir das assunções de que aprendizagem organizacional é um processo de construção e transformação do conhecimento criado pelos indivíduos que se reverte em ações concretas em consonância com os objetivos organizacionais, podendo gerar inovação.

O próximo capítulo apresenta um panorama do setor saúde e do setor hospitalar no Brasil.

4 PANORAMA DO SETOR SAÚDE E DO SETOR HOSPITALAR NO

BRASIL

O setor saúde possui uma característica distintiva de outros setores econômicos, ele está situado na interseção entre os sistemas de bem-estar social e os sistemas de inovação (CAMPOS e ALBUQUERQUE, 1999).

A quantidade total de hospitais brasileiros é, na verdade estimada em 7,3 mil unidades, “pois se sabe que o número total de hospitais existentes no Brasil é desconhecido” (GAZETA MERCANTIL, SISTEMA HOSPITALAR, 1998, p.38).

O setor hospitalar é parte integrante do sistema de saúde brasileiro e está presente nas duas grandes subdivisões deste sistema maior: Setor Público de Saúde e Setor Privado de Saúde.

A seguir são mostradas duas das formas pelas quais os hospitais brasileiros podem ser classificados.

Para Borba (1991, p. 51) a classificação dos hospitais foi se desenvolvendo com o tempo e chegou aos tipos hoje conhecidos:

- **quanto à natureza da assistência** : geral: destinados a receber doentes de várias especialidades; especializados: aqueles que se destinam a receber portadores de doenças específicas ou predominantes.
- quanto à propriedade, manutenção e controle:
 - governamentais: **federais: das forças armadas, universidades, assistência pública; estaduais: de saúde pública, universidades, polícia; municipais: de municípios; para-estatais: de institutos.**

- particulares: **filantrópicos; santas-casa; de finalidade lucrativa; sem finalidade lucrativa.**
- quanto à capacidade ou lotação: **pequeno: de 25 leitos a 49 leitos; médio: de 50 leitos a 149 leitos; grande: de 150 leitos a 500 leitos; especial ou extra: acima de 500 leitos.**
- quanto à capacidade de ensino: **hospital de ensino; com residência médica e administrativa regulamentada; em residência médica regulamentada.** Residência em Administração Hospitalar foi implantada no sistema de pós-graduação, em 1991 pelo Centro Universitário São Camilo de São Paulo; considera-se o mesmo critério de classificação utilizada no ensino médico.
- quanto ao procedimento do corpo clínico: **fechado: quando o hospital dispõe de um corpo clínico efetivo, que executa todo o serviço médico, não sendo permitido aos médicos estranhos, trabalharem nos seus serviços, exceto em casos especiais de cortesia; aberto: quando o hospital não dispõe de corpo clínico efetivo, permitindo a qualquer médico o exercício da sua profissão e tratamento de seus doentes particulares; misto: quando o corpo clínico do hospital associa as duas formas.**
- quanto ao sistema de edificação: **pavilhonar: quando se constitui de várias edificações; monobloco: quando a sua edificação é um único bloco; misto: quando combina blocos com pavilhões.**

Uma classificação referente ao setor saúde brasileiro é sugerida pelo Ministério da Saúde, (2005):

- **órgãos públicos:** hospitais públicos, secretárias de saúde pública, hospitais universitários, entre outros, com recursos provenientes do orçamento público, fundos de repasses, programas especiais (BID – Banco InterAmericano de Desenvolvimento) com aquisições principalmente através de concorrência pública;

- **hospitais privados:** hospitais pequenos, médios e grandes, fundações, clínicas, entre outros, com aquisições através de recursos próprios ou por linhas de financiamento de instituições financeiras, através de leasing ou FINAME- BNDES;
- **filantrópicos:** santas-casa, fundações, associações hospitalares com aquisições através de verbas repassadas por órgãos públicos ou entidades privadas;
- **universitários:** hospitais universitários mantidos pelo ministério da educação através de dotação orçamentária, com aquisições através de concorrência pública;
- **pessoas físicas :** médicos.

O setor público é representado pelos recursos do Sistema Único de Saúde – SUS, repassados aos estados e municípios, além dos estabelecimentos de saúde administrados pelo governo federal. Os recursos dos SUS são destinados a hospitais públicos, hospitais privados sem fins lucrativos e parte dos demais hospitais privados (GAZETA MERCANTIL, PANORAMA SETORIAL, 1998).

Em 1988 foi instituído, através da Constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por objetivo a cobertura universal de toda a população brasileira, nos moldes dos tradicionais sistemas de proteção social existentes nos países europeus que adotaram a via do welfare state (MEDICI, 2005). O SUS pretendia superar uma das principais características do Sistema de Saúde brasileiro - a fragmentação institucional e programática das instituições públicas - expressa na dicotomia entre a medicina previdenciária e as políticas preventivas do Ministério da Saúde.

O sistema de saúde brasileiro evidencia problemas básicos que requerem, ainda, uma solução. O financiamento do setor saúde no Brasil tem sido insuficiente para cobrir os propósitos de universalização, integralidade e equidade. Como a verba destinada ao setor é insuficiente são grandes o déficit e as brechas de cobertura do Sistema de Saúde brasileiro (MEDICI, 2005; BAHIA, 1999; GAZETA MERCANTIL, 1999).

A infra-estrutura hospitalar e os recursos físicos e econômicos do SUS deveriam ser suficientes para atender a toda a população brasileira. Assim considerando que 40,8 milhões de beneficiários possuem algum tipo de plano ou seguro-saúde, aproximadamente 22% da população brasileira (ABRAMGE, 2005), o setor público é responsável pelos 78% restantes

da população, aproximadamente 141 milhões de pessoas, conforme base do censo IBGE 2005.

O setor de saúde brasileiro privado é composto por hospitais privados sem fins e com fins lucrativos, laboratórios, clínicas, consultórios, serviços de cuidados em domicílio (home care), serviços de transporte de pacientes, dentre outros, além dos compradores de serviços médicos: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e seguradoras.

Os sistemas privados de medicina supletiva são aqueles que desempenham funções de prestação de serviços de saúde não remuneradas pelo setor público através da SAS/MS. As principais modalidades desse setor são (MEDICI, 2005):

- medicina de grupo, que funciona como um sistema de pré-pagamento, oferecendo planos de saúde para empresas e famílias de forma semelhante as HMO's americanas (Health Maintenance Organization);
- as cooperativas médicas, que também oferecem planos de saúde em regime de pré-pagamento, embora tenham estruturas próprias de oferta de serviços baseadas nos médicos cooperados e em hospitais próprios e/ou contratados;
- os sistemas próprios das empresas (especialmente as de maior porte), também conhecidos como planos auto-administrados ou autogestão, que em geral funcionam contratando serviços de saúde em regime de pós-pagamento;
- e os planos de seguro saúde, que funcionam sob diversas modalidades, segundo o tipo de cobertura que o cliente deseja, permitindo em alguns casos regimes de livre-escolha.

O crescimento do setor privado autônomo de saúde no Brasil apresentou um acentuado crescimento nos últimos trinta anos. Cabe destacar, no entanto, que neste mesmo período as taxas de crescimento dos recursos disponíveis pelo SUS também só foram elevadas até 1989,

à medida que ocorreu forte retração do gasto público na primeira metade dos anos 90 (ABRAMGE, 2005).

Pode-se identificar, pelo **QUADRO 7**, que tanto em termos de clientela como em termos de faturamento, o maior crescimento foi registrado nos planos de seguro-saúde, seguido das cooperativas médicas e dos planos de auto-gestão das empresas. A maior clientela, no entanto, ainda se concentra nos planos das empresas de medicina de grupo.

QUADRO 7
Sistemas Supletivos de Saúde

Principais Características	Medicina de Grupo	Cooperativas Médicas	Autogestão	Seguradoras
Forma de Funcionamento	É conhecido por convênio médico, prestando serviços médico-hospitalares através de recursos próprios e contratados, cobrando valor per capita fixo.	Também conhecida como convênio médico, sendo organizada na forma de cooperativa de trabalho e cobra valor per capita fixo	Atendimento médico-hospitalar oferecido por empresas, exclusivo para seus funcionários administrado diretamente ou por terceiros.	É o seguro-saúde, que permite livre escolha de médicos e hospitais pelo sistema de reembolso de despesas, no limite da apólice contratada.
Inscrições no C.R.M.	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Diretor Clínico	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Co-Responsabilidade pelos serviços médicos	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Recursos Físicos Próprios	SIM	SIM	NÃO	NAO
Recursos Físicos Credenciados	SIM	SIM	SIM	NÃO DEVERIA
Usuários (milhões)	15,2	10,2	5,5	4,7
Dados comparativos do sistema				
Empresas	800	370	341	14
Consultas/Ano	96,4 milhões	58 milhões		
SADT	175,45 milhões	118 milhões		
Internações Hospitalares	1,93 milhão	3,3 milhões		
Médicos CLT	19.300			
Médicos Credenc./Coop.(S)	79.700	98.000		
Empregados CLT	61.500	32.000		
Empregados Indiretos	140.000	290.000		
Hospitais Próprios	255	66		
Hospitais Credenciados	3.650	3564		
Leitos Próprios	23.000	3.000		
Leitos Credenciados	325.000	16.648		
Movimentação Financeira Anual (R\$)	8,57 bi	9 bi		
Órgão Representativo	ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo	Unimed do Brasil	UNIDAS – União Nac. das Instit. de Autogestão em Saúde	FENASEG - Fed. Nac. das Em. de Seg. Privados e Capitalização

Fonte: ABRAMGE, 2005.

Os sistemas supletivos de saúde, em 2004, representaram 4,5% do Produto Interno Bruto Brasileiro- PIB que foi de R\$ 1,8 trilhões, já o setor público de saúde teve uma participação de aproximadamente 4% do PIB deste mesmo ano,

ou seja, juntos os dois setores movimentaram cerca de R\$ 180 bilhões (WHO, 2005).

Ao estabelecer uma comparação do desempenho de outros setores da economia com o setor da saúde, fica evidenciada a representatividade deste na economia nacional, conforme representado na **TABELA 1**.

TABELA 1

Participação Percentual das Atividades – PIB

Especificação	2004
Agropecuária	10,1
Indústria	38,9
Extrativista mineral	4,2
Transformação	24,0
Construção civil	7,2
Serviços industriais de utilidade pública	3,4
Serviços	55,7
Comércio	7,8
Transporte	2,2
Comunicações	3,1
Instituições financeiras	6,6
Outros serviços	10,5
Aluguel de imóveis	9,4
Administração pública	16,1
Subtotal	104,6
SIFIM	(-) 4,6
Total	100,0

Fonte: Adaptado de IBGE, 2005.

O número de leitos por mil habitantes no Brasil em 2002 era de 2,7, satisfatório conforme o preconizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, que é entre 2,5 à 3 leitos para cada mil habitantes.

Nas TABELAS 2 e 3, estão referenciados o número de hospitais no Brasil e a distribuição de leitos hospitalares entre 1994 e 2003 (Ministério da Saúde, 2005).

TABELA 2

Número de hospitais no Brasil

Ano/Mês	Público	Privado	Universitário	Total
1994/Dez	1.901	4.314	150	6.365
1995/Dez	1.943	4.245	148	6.336
1996/Dez	2.022	4.215	149	6.386
1997/Dez	2.119	4.144	147	6.410
1998/Dez	2.148	4.089	154	6.391
1999/Dez	2.214	4.079	160	6.453
2000/Dez	2.267	4.072	154	6.493
2001/Dez	2.335	4.024	149	6.508
2002/Dez	2.153	3.495	146	5.794
2003/Dez	2.125	3.540	138	5.803

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

TABELA 3

Número de leitos em hospitais brasileiros

Ano/Mês	UTI	Cirúrgico
1994/Dez	9.193	97.018
1995/Dez	9.344	95.908
1996/Dez	9.654	94.857
1997/Dez	9.787	94.014
1998/Dez	11.069	93.417
1999/Dez	10.607	94.527
2000/Dez	10.788	94.666
2001/Dez	11.120	94.772
2002/Dez	11.315	86.532
2003/Dez	11.876	87.330

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

Dois impossibilidades na precisão dos dados fornecidos pelos órgãos competentes sobre o setor hospitalar brasileiro são:

- a primeira está ligada ao fato anteriormente mencionado sobre a inexistência do número certo de unidades hospitalares no território nacional, portanto fica comprometido o estabelecimento do número exato do total de leitos hospitalares no país e conseqüentemente a relação leito por paciente (GAZETA MERCANTIL, SISTEMA HOSPITALAR, 1998, p.38);
- a segunda impossibilidade está relacionada à comparação dos dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, concernentes aos leitos hospitalares oferecidos pela rede pública e privada, pois os instrumentos utilizados nos diversos censos consideravam vários universos de leitos. Ex.: o “Anuário Estatístico” elaborado pelo IBGE em 1992 considerava em seu universo os leitos comuns e para infectados, berços para infectados, berços aquecidos e incubadoras, já o “Anuário Estatístico” de 1990 considerava apenas leitos comuns.

Burmester (1998) afirma que as informações referentes à infra-estrutura hospitalar são ainda precárias no Brasil.

Os dados mais recentes sobre o número de hospitais na cidade de São Paulo referem-se ao ano de 2002, contando com 177 unidades ao todo, sendo 130 de capital privado e 47 públicos (IBGE, 2005).

Ao se consultar o site da Prefeitura da cidade de São Paulo (2006) as informações continuam a ter por base o ano de 2002, porém os hospitais estão distribuídos da seguinte forma: 14 hospitais municipais, 39 hospitais estaduais e federais e 143 hospitais particulares.

Mais uma vez, percebe-se a falta de uma metodologia única na apuração das unidades hospitalares.

No setor saúde, a inovação representa a aplicação de conhecimentos na solução de seus problemas, visando à geração de novos produtos na forma de equipamentos, medicamentos, insumos diagnósticos, bem como de procedimentos e práticas na reorganização de serviços e no processo terapêutico, criando oportunidades de ganhos sociais e econômicos de modo a produzir e distribuir riqueza e, em última instância, gerar bem-estar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O setor saúde vive um momento de dualidade de um lado modernas técnicas, equipamentos e processo de gestão sendo adotados; por outro lado a falta de estratégias para superar o desafio da transformação que estas adoções inovadoras requerem, argumenta Malik, (1998).

Cassiolo e Lastres (1999) indicam haver uma desconexão entre o sistema de inovação e o setor saúde no Brasil.

Nessa direção, algumas perspectivas de política de inovação em saúde devem ser adotadas, torna-se essencial, também, promover a modernização das organizações públicas de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde – como institutos de pesquisa, universidades – para que possam estabelecer parcerias com as empresas privadas, reforçando a sua capacidade de negociação e de gestão de tecnologias e seu potencial de transferência e de absorção de conhecimentos na área de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Características do setor saúde brasileiro ajudam a confundir variáveis envolvidas na avaliação dos resultados deste mesmo setor afirmam Malik e Teles (2001).

Poucos profissionais com formação administrativa ousam discutir com médicos sobre a afirmação de que os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos são prescritos com vistas ao bem-estar do paciente ou de que determinada despesa deve ser feita, sob pena de provocar a morte de algum paciente, por culpa do administrador. Pesquisas acadêmicas mostram que poucos serviços de saúde dispõem de indicadores e menos ainda os utilizam (MALIK e TELES, 2001, p. 53).

Os autores chamam a atenção para o corporativismo em instituições hospitalares, classificando-as como organizações complexas em termo de aprendizagem organizacional. Esta complexidade, sugerem, forma um locus organizacional, específico, uma cultura própria. A forma pela qual será averiguada a associação entre as variáveis aprendizagem organizacional e inovação está detalhada a seguir, no capítulo 5 – Procedimentos metodológicos.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“A escolha de uma estratégia de pesquisa tem que ser feita considerando, entre outros, a natureza da questão, o contexto no qual a pesquisa se realizará, a formação e a experiência do pesquisador” (CONTANDRIOPOULOS, 1997, p. 42).

A pesquisa bibliográfica, em qualquer espécie de pesquisa, em qualquer área, supõe e exige sua presença, seja para o levantamento da situação da questão, quer para a fundamentação teórica ou ainda para justificar os limites e contribuições da própria pesquisa.

Trabalhos científicos, segundo Bryman (1989), representam uma abordagem sistemática para a investigação em que, a coleta de dados e sua análise detalhada em relação ao problema inicialmente formulado, constituem requisitos mínimos.

Existem dois métodos para a elaboração do trabalho de pesquisa: o qualitativo e o quantitativo, ambos se diferenciam principalmente pela forma de abordar o problema, necessitando estarem apropriados ao estudo realizado (RICHARDSON, 1989).

O método quantitativo significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coletas de informações, assim como o emprego de recursos e técnicas estatísticas a partir da mais simples como percentagem, média, desvio padrão, até as de uso mais complexo, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc. (OLIVEIRA, 1999).

Pesquisas quantitativas, em que os dados são obtidos de um determinado número de respondentes, têm como objetivo a mensuração de variáveis pré-estabelecidas, objetivando a verificação e explicação de sua influência sobre as outras variáveis mediante a análise de incidências e de cálculos estatísticos (CHIZZOTTI, 1995).

Chizzotti (1995) e Pereira (2001) consideram a pesquisa quantitativa e a pesquisa qualitativa como alternativas metodológicas para as pesquisas, sendo que a denominação quantitativa ou qualitativa não delimita os objetos de análise, mas sim o campo dos métodos.

Lüdke e André (1988), neste enfoque, afirmam que não existe um método que possa ser recomendado como melhor ou mais efetivo, sendo o que determina a escolha é o tipo de problema estudado.

Quanto à natureza das pesquisas Tripodi et al. (1981) caracterizam os estudos como: pesquisa experimental, quantitativo-descritivo e exploratório. A categoria de estudos quantitativo-descritivo tem como finalidade o delineamento ou análise das características dos fenômenos, usando técnicas quantitativas. O objetivo destes estudos foca a verificação das hipóteses e a descrição de relações quantitativas entre variáveis especificadas.

Selltiz et al. (1965) indica outra forma de classificação: estudos formuladores ou exploratórios e os estudos descritivos. Estes últimos o pesquisador define claramente o que se deseja medir e quais métodos utilizar, objetivando apresentar precisamente as características de uma situação, um grupo ou um indivíduo específico; verificar a frequência com que algo ocorre ou com que está ligado a alguma coisa; verificar uma hipótese de relação causal entre variáveis.

A pesquisa descritiva objetiva conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la; observa, registra e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los, procura descobrir com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. A pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou determinado fenômeno, mas não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Os estudos comumente usados neste tipo de pesquisa são: o longitudinal, coleta de dados ao longo do tempo e o transversal, ou seja, coleta de dados somente uma vez no tempo (CHURCHILL, 1987).

Então, para este trabalho, quanto aos fins elege-se a condição de pesquisa descritiva de cunho transversal, já quanto a sua forma adota-se o método quantitativo para tratamento e análise dos dados (SELLTIZ et al., p. 87, 1965; CHURCHILL, 1987; CHIZZOTTI, 1995).

5.1 Variáveis da pesquisa

Kerlinger (1973, p. 38) conceitua: “Variáveis são conceitos ou construtos com a prioridade de apresentarem diferentes valores” e completa Korn (1973, p.9): “Variável é o aspecto discernível de um objeto de estudo; são aspectos individuais que podem assumir valores distintos e serem medidos para testar a relação enunciada por uma proposição”.

Assumem-se aqui, como as variáveis da pesquisa: aprendizagem organizacional e inovação.

5.1.1 Operacionalização das variáveis da pesquisa

A indicação da aprendizagem organizacional como variável independente apóia-se nas teorias que apontam que a aprendizagem organizacional influencia, determina ou altera os processos de inovação nas organizações (BARNEY, 1991; CROSSAN et al., 1999; DI BELLA et al., 1996; GARVIN, 1993; FIOLE e LYLES, 1985; WERNERFELT, 1984).

Easterby et al. (2001) indicam que a literatura sobre o gerenciamento da inovação e tecnologia descreve várias trajetórias de desenvolvimento e a dependência do processo de aprendizagem.

Pavitt (1991) argumenta que o conjunto de inovações em tecnologias, produtos e processos, desenvolvidos pelas empresas, depende das competências acumuladas, nas melhorias destas competências e na aprendizagem contínua e coletiva.

Motta e Vasconcelos (2004) e Ruas e Antonello (2003) sugerem que a inovação nas organizações se dá através de uma atividade de aprendizagem organizacional.

Deste modo identifica-se, na base teórica, o pressuposto da dependência da inovação no que diz respeito à aprendizagem organizacional.

5.2 Delimitação da amostra

Quando o objetivo da pesquisa é de estudar variações no interior da amostra, mais especificamente, só algumas particularidades desta, a busca da representatividade é de interesse muito limitado (FONSECA e MARTINS, 1996).

Este tipo de amostra, que se apresenta sob várias formas, visa aumentar a utilidade da informação, restringindo, ao mesmo tempo, o número de elementos selecionados, neste caso a escolha de uma amostra pode resultar do julgamento de especialistas ou ser uma escolha deliberada do pesquisador [...], (CONTANDRIOPOULOS, 1997, p. 65)

O tipo de amostra, acima referenciado é classificado por Contandriopoulos (1997) como **amostra não probabilística por escolhas racionais.**

A amostragem pode ser (MATTAR, 1994):

- probabilística: cada elemento da população tem uma chance conhecida e diferente de zero de ser selecionado para compor a amostra.
- não-probabilística: a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende, ao menos em parte, do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo.

Nesta pesquisa optou-se pela **amostra não-probabilística por escolhas racionais, intencionais e julgamento deliberado do pesquisador.**

Embora a amostra seja não-probabilística, procura-se determinar o tamanho da amostra nesta pesquisa, de forma a minimizar o seu erro. Para Hair et al. (1998), o número desta amostra deve ser preferencialmente, superior a 100 respondentes ou deve-se ter o número de respondentes de no mínimo cinco vezes do número de variáveis em estudo. Mesmo consciente da possível perda de poder estatístico introduzida pelo tamanho da amostra

(TRIOLA, 1999), foram distribuídos 200 questionários para serem aplicados nos hospitais da cidade de São Paulo.

Os questionários foram aplicados in locu, por uma equipe orientada para aplicação dos mesmos e 116 retornaram preenchidos, destes 5 foram retirados por apresentarem erros no preenchimento.

A equipe que aplicou os questionários foi unânime em descrever as dificuldades encontradas para aplicação destes. Embora o anonimato estivesse garantido, muitos funcionários apresentavam desconforto ou resistência para preencher o documento. Muitos hospitais mostraram falta de interesse em participar da pesquisa.

5.3 Coleta de dados

De acordo com Mattar (1994), existem dois meios básicos de obtenção de dados primários: a comunicação, que consiste no questionamento verbal ou escrito dos respondentes, e a observação, que consiste no registro de comportamentos, fatos ou ações relacionados com o objetivo da pesquisa, sem questionamento direto dos observados.

“Questionar é particularmente indicado para obter informação sobre o que uma pessoa sabe, acredita ou espera, sente ou quer, pretende fazer, faz ou fez e sobre suas explicações ou razões para qualquer dos itens anteriores” (SELLTIZ et al., 1965, p.87).

O método da comunicação pode ser classificado quanto ao grau de estruturação e disfarce e quanto à forma de aplicação. A forma de aplicação compreende entrevistas ou questionários auto-preenchidos. A estruturação refere-se ao grau de padronização do instrumento de coleta de dados. Um instrumento de coleta altamente estruturado significa que as questões e as respostas possíveis são pré-determinadas. Nos questionários estruturados, as questões são apresentadas exatamente com as mesmas palavras e na mesma ordem para todos

os respondentes. O instrumento de coleta não-estruturado significa que entrevistado e entrevistador estão livres para usar suas próprias palavras. Intermediários entre esses dois extremos também são possíveis. O “disfarce” diz respeito ao grau em que se permite ao respondente saber os propósitos da pesquisa e os temas sobre os quais está sendo questionado (Mattar, 1994).

Por questionário entende-se um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado (GIL, 1988, p. 90).

Selltiz et al. (1965) e Gil (1988) definem questionário como uma forma menos dispendiosa de tempo e dinheiro, podendo ser aplicado simultaneamente a várias pessoas.

O questionário não pressiona o respondente para que preencha imediatamente, dando tempo para que o mesmo reflita ou responda no momento que achar mais adequado; porém, isso pode ser um problema na medida em que o respondente pode perder o interesse e não responder o questionário. A desvantagem principal é o baixo percentual de retorno. Também existe o problema de que uma questão pode ter significados diferentes para pessoas diferentes.

Muitas pessoas não conseguem se expressar adequadamente por escrito, e a maioria não gostam de escrever (SELLTIZ et al. 1965; KERLINGER, 1973).

Os instrumentos estruturados não-disfarçados são basicamente utilizados em pesquisas conclusivas (descritivas), principalmente em levantamentos amostrais e estudos de campo (MATTAR, 1994).

Outra característica do questionário (SELLTIZ et al., 1965) é o fato de fazer menos pressão para resposta imediata. Quando a pessoa tem bastante tempo para preencher o questionário, pode considerar cada aspecto cuidadosamente, em vez de responder com o primeiro pensamento que lhe ocorra, que é que freqüentemente acontece numa entrevista.

Os questionários podem ser elaborados por perguntas abertas: destinam-se a obter uma resposta livre; perguntas fechadas: destinam-se a obter respostas mais precisas ou escalas, (KERLINGER, 1973):

- as perguntas fechadas ou de alternativas fixas são padronizadas, de fácil aplicação, fáceis de codificar e analisar, o respondente pode escolher entre duas ou mais alternativas. Possibilitam maior uniformidade na mensuração e portanto maior confiabilidade, forçam respostas nas categorias previamente apresentadas e são facilmente codificadas. Porém, podem ser superficiais, irritar o respondente quando não encontra alternativas que expressem sua resposta e, assim, podem forçar respostas erradas ou sem significado para o respondente.

- as perguntas abertas oferecem uma estrutura de referência para as respostas. Seu conteúdo é ditado pelo problema de pesquisa, mas impõe o mínimo de restrições às respostas e à sua expressão. São flexíveis, têm possibilidades de aprofundamento, facilitam eliminação de mal entendidos, possibilitam a verificação de falta de conhecimento do respondente, de ambigüidade e possibilita uma melhor estimativa das intenções, crenças e atitudes reais dos respondentes .

- escalas: uma escala é um conjunto de itens verbais aos quais um indivíduo responde expressando graus de concordância ou discordância ou algum outro modo de resposta. Escalas têm alternativas fixas, mas situam as respostas em um único ponto da escala.

O questionário estruturado, não-disfarçado foi adotado como instrumento de coleta de dados para esta pesquisa, pois o questionário pode garantir o anonimato e pode proporcionar às pessoas uma maior confiança para expressar suas opiniões, sendo composto por assertivas circunscritas a uma escala tipo Likert de cinco pontos.

Elaborou-se o questionário (**APÊNDICE A**) a partir do quadro teórico e foi aplicado nos hospitais da amostra, nas seguintes áreas:

- administração: hotelaria, recepção, atendimento ao cliente, administração, nutrição e serviço social;
- enfermagem: gerência, supervisão, técnica e operacional.

Nos questionários foram construídas questões e assertivas fechadas com base na escala do tipo LIKERT, para avaliação das variáveis da pesquisa, com indicação do grau de discordância e concordância das questões aplicadas e medidas com cinco alternativas de respostas que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

A pontuação da escala varia de 1 a 5 pontos sendo: 1 = discordo totalmente - DT; 2 = discordo parcialmente - DP ; 3 = nem concordo/nem discordo - I, 4 = concordo parcialmente - CP; 5= concordo totalmente – CT.

É importante destacar que as escalas sociais, como a escala Likert amplamente utilizada, exigem que os respondentes indiquem um grau de concordância ou discordância com cada uma de uma série de afirmações sobre o objeto de estímulo. As escalas Likert possuem várias vantagens, pois são fáceis de construir e aplicar e os entrevistados entendem rapidamente como utilizar as escalas; porém exigem mais tempo para serem elaboradas em relação a outras escalas (MALHOTRA, 2000).

5.4 Tratamento dos dados

As técnicas estatísticas de análise de dados podem ser classificadas em dois grupos: univariadas e multivariadas; estas últimas têm sido aplicadas com grande frequência atualmente devido às facilidades oferecidas pelos recursos tecnológicos disponíveis:

- univariadas: são apropriadas para a análise de dados quando há uma medida única de cada elemento na amostra. Cada variável é analisada isoladamente, no caso, de haver várias medidas de cada elemento (MALHOTRA, 2001).

- multivariadas: são apropriadas para a análise de dados quando há duas ou mais medidas para cada elemento, sendo as variáveis analisadas simultaneamente. As técnicas multivariadas se referem a relações simultâneas entre dois ou mais fenômenos (MALHOTRA, 2001; PEREIRA, 2001).

Dentre as técnicas de análise multivariadas, escolheu-se para o presente estudo duas técnicas: a análise fatorial e a regressão.

A técnica estatística usada para analisar o inter-relacionamento entre um grande número de variáveis, representando-as em termos de alguns fatores fundamentais é a análise fatorial.

Esta técnica se caracteriza pela interdependência, que examina todo um conjunto de relações interdependentes (HAIR et al., 1998; MALHOTRA, 2001).

O objetivo da análise fatorial é condensar as informações contidas nas variáveis originais através de um conjunto de conceitos compactado, de modo a minimizar a perda de informação, objetivando: a identificação da estrutura, redução do volume de dados, construção de escalas e transformação dos dados (HAIR et al., 1998).

É uma identificação de fatores num conjunto de medidas realizadas, ou seja, é uma descoberta que o pesquisador faz, quando inicialmente ele tem várias medidas e não se percebe que elas podem ser reunidas num fator ou indicador, assim, submetendo os dados a uma análise fatorial que aponte objetivamente essa agregação de medidas (PEREIRA, 2001).

Assim, analisando-se as cargas fatoriais apresentadas nas matrizes, identificam-se quais as variáveis que melhor se correlacionam com cada um dos fatores, ou seja, altas cargas fatoriais indicam que a variável é representativa do fator (KERLINGER, 1980).

Na análise fatorial, identificam-se dimensões da estrutura matricial e determina-se o grau de influência dessas dimensões em cada uma das variáveis.

Uma matriz de cargas fatoriais é um dos produtos finais da análise fatorial. A carga fatorial é um coeficiente (um número decimal), positivo ou negativo, geralmente menor que 1,

que expressa o quanto um teste (ou variável observada) está “carregado” ou “saturado” em um fator (KERLINGER, 1980).

Kerlinger (1980) afirma que um fator é uma variável subjacente e não observada, que presumivelmente explica testes, medidas ou itens observados. Um fator é um construto, uma entidade hipotética, uma variável não-observada, que se supõe escalar, estar subjacente a testes, itens e, de fato, medidas de qualquer espécie.

Para a identificação dos fatores, a análise fatorial recorre à análise de componentes principais, que identifica primeiro a função que melhor discrimina os objetivos e, em seguida, deriva a função ortogonal (perpendicular) dessa primeira função (PEREIRA, 2001).

Pereira (2001) descreve os conhecimentos necessários para a interpretação da análise fatorial:

- Factor Score (Escore Fatorial) - é a medida assumida pelos objetos estudados na função derivada da análise;
- Eigenvalue (Autovalor) - é a medida de quanto da variância total das medidas realizadas pode ser explicada pelo fator. Avalia a contribuição do fator ao modelo construído pela análise fatorial, sendo que o mais usual é considerar fatores com valor superior a 1;
- Communality (Comunalidade) - é a medida de quanto à variância de uma variável é explicada pelos fatores derivados pela análise fatorial. Avalia a contribuição da variável ao modelo construído pela análise fatorial, sendo que uma comunalidade baixa sugere uma contribuição modesta da variável;
- Factor Matrix (Matriz de Fatores) - é a matriz de correlação entre as variáveis originais e os fatores encontrados. É uma matriz de descrição dos factor loadings por cada variável original. Normalmente, a matriz utilizada para interpretação dos resultados

é uma "matriz rotada", que nada mais é que um artifício para prover maior distinção das relações encontradas.

Antes de se proceder à análise fatorial deve-se considerar que ela tem premissas sobre a natureza dos dados, que precisam ser examinadas. A primeira diz respeito à natureza métrica das medidas, sugerindo que o pesquisador analise a distribuição de frequências de suas variáveis (PEREIRA, 2001).

Deve-se considerar a medida de adequação de dados, Measure of Sampling Adequacy, com o método Kaiser-Meyer-Olkin - KMO. Utilizado para medir a adequação dos dados à análise fatorial, ele examina o ajuste de dados tomando todas as variáveis simultaneamente e fornecendo uma informação sintética sobre os dados. O KMO pode ser definido como a razão da soma dos quadrados das correlações de todas as variáveis, dividida por essa mesma soma, acrescentada da soma dos quadrados das correlações parciais de todas as variáveis (PEREIRA, 2001).

Segundo Hair et al. (1998) e Pereira (2001), um KMO na casa dos 0,90 indica adequação ótima dos dados à análise fatorial, enquanto valores na casa dos 0,80 indicam uma boa adequação; já valores na casa de 0,70 indicam uma razoável adequação, na casa de 0,60 indicam uma adequação medíocre e na casa de 0,50 ou menores indicam inadequação dos dados à análise fatorial. As variáveis que apresentarem valores na faixa de 0,50 ou abaixo deverão ser eliminadas.

Outro teste que precede a análise fatorial é o Teste de Esfericidade de Bartlett, (Bartlett Test of Sphericity – BTS), que testa a hipótese de que a matriz de correlação é uma matriz de identidade (r próximo a zero), ou seja, em que não há correlação entre as variáveis. Essa hipótese nula pode ser rejeitada para valores de significância menores do que 0,05 se um nível de significância de 5% for adotado (HAIR et al., 1998; MALHOTRA, 2000; PEREIRA, 2001).

A análise de regressão (MALHOTRA, 2000) é um processo que permite avaliar as relações entre uma variável métrica dependente e uma ou mais variáveis independentes, e pode ser utilizada para determinar se há uma relação entre as variáveis independentes e a variável dependente, a intensidade da relação, ou quanto da variação na variável dependente pode ser explicada pelas variáveis independentes. A análise de regressão múltipla envolve uma única variável dependente e duas ou mais variáveis independentes. O foco da discussão reside no coeficiente de regressão parcial, intensidade de associação, teste de significância e avaliação de resíduos (MALHOTRA, 2000).

O objetivo da análise de regressão múltipla é usar as variáveis independentes, cujos valores são conhecidos, para prever uma variável dependente única.

Segundo Hair et al. (1998), cada variável independente deve ser ponderada através de procedimentos de análise de regressão para assegurar a capacidade máxima de predição do conjunto de variáveis independentes. Os pesos evidenciam a contribuição relativa das variáveis independentes à predição conjunta e facilita a interpretação quanto à influência de cada variável ao se fazer a predição, apesar de a correlação entre as variáveis independentes prejudicar o processo interpretativo.

O conjunto de variáveis independentes forma uma combinação linear através da qual é possível obter a melhor predição da variável dependente. Esta combinação linear é chamada de equação de regressão ou modelo de regressão. Os autores recomendam o uso da técnica apenas quando todas as variáveis dependentes e independentes forem métricas, mas admite que a técnica seja aplicada quando as variáveis não métricas tenham sido transformadas, usando-se codificação de variáveis dummy, como será feito neste estudo. Algumas etapas devem ser cumpridas para que a técnica possa ser aplicada adequadamente:

Na primeira etapa, devem-se definir os objetivos da regressão. Neste estudo o objetivo é o de estabelecer a capacidade de explicação dos fatores da aprendizagem organizacional (variável independente) em relação à inovação (variável dependente).

Na etapa seguinte deve-se definir a regressão múltipla, através de considerações como o tamanho da amostra, a natureza das variáveis independentes e a possível criação de novas variáveis para representar relações especiais entre as variáveis dependentes e independentes.

No terceiro estágio, devem ser analisados os pressupostos, pois qualquer violação séria precisa ser detectada e corrigida, se possível. Os pressupostos a serem verificados são: linearidade, constância da variância e normalidade. Os testes para verificação destes pressupostos devem indicar se todas as variáveis (reduzidas pela análise fatorial) devem ser consideradas no modelo ou quais devem ser excluídas, para garantir os pressupostos.

Em seguida, deve-se estimar o modelo de regressão e verificar a adequação do modelo. O processo stepwise é a alternativa usada neste trabalho, em que as variáveis independentes são incluídas na regressão uma a uma, a partir daquela com maior correlação individual com a variável dependente.

Depois que o modelo de estimação estiver completado e a combinação linear das variáveis independentes estiver especificada, o modelo de regressão deve ser interpretado. E os resultados precisam ser validados.

As estatísticas associadas à avaliação da regressão múltipla que serão utilizadas nesta pesquisa serão (MALHOTRA, 2000):

- **Coefficiente de determinação Múltipla:** A intensidade de associação em regressão múltipla é medida pelo quadrado do coeficiente de correlação múltipla, R^2 .

- **R² Ajustado:** o R², coeficiente de determinação múltipla é ajustado para o número de variáveis independentes e para o tamanho da amostra para levar em conta a diminuição de retorno.
- **Coefficiente de Regressão Parcial:** O coeficiente de regressão parcial, b_1 , denota a variação no valor predito, Y , por unidade de variação em X_1 , quando as outras variáveis independentes, X_2 , a X_k , são mantidas constantes.

A apresentação dos resultados e análises dos dados resultantes da aplicação do método e técnicas indicados neste capítulo será apresentada a seguir.

6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente apresenta-se no item 6.1 a caracterização dos hospitais e respondentes. No item 6.2 os resultados e análises decorrentes da aplicação de estatística multivariada, análise fatorial, respondendo aos objetivos específicos e no item 6.3 a associação entre aprendizagem organizacional e inovação, por meio da análise de regressão, dela emergindo a resposta ao problema da pesquisa e ao objetivo principal.

6.1 Caracterização dos hospitais e respondentes

Dos hospitais pesquisados 70,3% deles são particulares e 29,7% são públicos, lembrando que o número total de hospitais na cidade de São Paulo é de aproximadamente 196 unidades, sendo 14 municipais, 39 estaduais e federais e 143 particulares (PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, 2006).

Na classificação sugerida por Borba (1991) e utilizada na construção do questionário, para o item caracterização da organização, os hospitais foram classificados, segundo a propriedade, como:

- governamentais: (1) federais- das forças armadas, universidades, assistência pública; (2) estaduais- de saúde pública, universidades, polícia; (3) municipais- de municípios; (4) para-estatais: de institutos.
- particulares: filantrópicos; santas-casa; de finalidade lucrativa; sem finalidade lucrativa.

Esta classificação é a mais utilizada na área hospitalar para identificação da propriedade. Como o termo governamental é conhecido popularmente como público, no questionário foi utilizado o termo público para facilitar a compreensão dos respondentes (**TABELA 4**).

TABELA 4

Distribuição dos hospitais quanto à propriedade

Propriedade	Frequência absoluta	Frequência relativa
Público	33	29,7%
Particular	78	70,3%
Total	111	100,0%

Fonte: elaborado pela autora

Na **TABELA 5** está representada a distribuição dos hospitais quanto à natureza da assistência. Dos hospitais pesquisados 82% deles são considerados gerais, ou seja, atendem principalmente clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e ortopedia. Os considerados especializados, embora muitos apresentem serviços ligados às características dos hospitais gerais, possuem uma especialidade em evidência, que define a sua natureza assistencial, como: hospital do coração, hospital do câncer, maternidade, etc.

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS QUANTO À NATUREZA DA ASSISTÊNCIA

Natureza da assistência	Frequência absoluta	Frequência relativa
Geral	91	82,0%
Especializado	20	18,0%
Total	111	100,0%

Fonte: elaborado pela autora

A **TABELA 6** apresenta a distribuição dos hospitais conforme definido por Borba (1991):

- pequeno: de 25 leitos a 49 leitos;
- médio: de 50 leitos a 149 leitos;
- grande: de 150 leitos a 500 leitos;
- especial ou extra: acima de 500 leitos.

A faixa de hospitais entre médio porte e especial, que nesta pesquisa representa 90,1% dos locais pesquisados, é a que concentra, atualmente, fortes indicadores de iniciativas voltadas para aprendizagem organizacional e inovação (MEDICI, 2005).

TABELA 6

Distribuição do hospital segundo porte

Porte	Frequência absoluta	Frequência relativa
Pequeno	11	9,9%
Médio	26	23,4%
Grande	61	55,0%
Especial	13	11,7%
Total	111	100,0%

Fonte: elaborado pela autora.

As medidas que correspondem à média do número de funcionários dos hospitais pesquisados estão demonstradas na **TABELA 7**.

TABELA 7

Número de funcionários por porte do hospital



--

A **TABELA 9** dá um panorama do tempo médio de empresa dos respondentes, distribuídos por porte dos hospitais.

TABELA 9

Tempo de empresa do respondente por porte do hospital

Porte do hospital	Tempo médio de empresa/ano	Frequência absoluta	Frequência relativa
Pequeno	3,91	11	9,9%
Médio	5,19	26	23,4%
Grande	6,75	61	55,0%
Especial	11,62	13	11,7%
Total		111	100%

Fonte: elaborado pela autora.

A distribuição da escolaridade dos respondentes demonstrou que 15% estão cursando o nível superior e 57% possuem nível superior completo (**TABELA 10**).

TABELA 10

Distribuição da escolaridade dos respondentes

Escolaridade	Frequência absoluta	Frequência relativa
Cursando superior	15	13,5%
Doutorado	1	0,9%
Ensino médio completo	34	30,6%
Pós-graduação	9	9,05%
Superior completo	52	46,8%
Total	111	100,0%

Fonte: elaborado pela autora.

6.2 Objetivos específicos: aplicação da análise fatorial

A análise fatorial foi a técnica aplicada aos dados obtidos com o objetivo de reduzir o número de variáveis, que compõem o questionário desta pesquisa, nos fatores mais significativos.

Inicialmente foram tratadas as assertivas relativas à variável aprendizagem organizacional e, em seguida, o de inovação.

Esta etapa de trabalho busca encontrar os fatores preponderantes no que se refere a cada uma das variáveis utilizadas e atender os objetivos específicos já mencionados:

- verificar quais são os fatores preponderantes de aprendizagem organizacional nos hospitais pesquisados;
- verificar quais são os fatores preponderantes de inovação nos hospitais pesquisados.

6.2.1 Aprendizagem Organizacional

6.2.1.1 Resultados da análise fatorial

A partir do critério da raiz latente foram identificados quatro componentes principais correspondentes à combinação linear das assertivas de 01 a 20 do questionário relativas à variável independente aprendizagem organizacional.

O KMO – Kaiser-Meyer-Olkin apresentou valor de 0,852, o que indica adequabilidade para realização da análise fatorial (HAIR et al., 1998). Como o nível de significância do teste de Bartlett's foi considerado abaixo do nível crítico de 0,05, concluiu-se que os dados são satisfatórios para a análise fatorial.

Para se chegar aos fatores foram necessárias duas etapas de análise. Na primeira etapa foram extraídos cinco fatores, no entanto o alpha de Cronbach para o quinto fator apresentou

um valor muito abaixo do aceitável, considerando que os valores de 0,60 a 0,70 representam o limite inferior de aceitabilidade (HAIR et al., 1998), determinando a decisão de retirada deste fator.

Confirmando essa decisão, vale ressaltar que a correlação entre as variáveis componentes deste fator: V1 (O hospital promove a participação de todos os funcionários, incluindo os médicos na construção da missão e dos objetivos.) e V4 (Ações e políticas de governo influenciam as definições de estratégias do hospital.) não foi significativa.

Na segunda etapa uma nova matriz rotacionada de cargas fatoriais foi gerada sem as variáveis V1 e V4. Esta matriz foi utilizada para a análise dos dados (**TABELA 11**).

TABELA 11

Matriz fatorial rotacionada VARIMAX de análise de componentes – aprendizagem organizacional

VARIÁVEIS	Fatores				Comunalidade	Alpha de Cronbach
	1	2	3	4		
V16. Existe, por parte do hospital, o interesse em identificar os erros para criar novas possibilidades de trabalho.	0,816	0,192	0,177	0,147	0,756	0,848
V15. Existe a preocupação do hospital em adotar uma nova solução para fornecer um novo serviço.	0,767	0,220	0,092	0,069	0,650	
V18. O hospital tem a característica de incentivar melhorias os processos organizacionais, procedimentos e atividades.	0,764	0,000	0,308	0,113	0,692	
V19. O hospital busca resultados imediatos que possam ser medidos depois de treinamentos.	0,684	0,150	0,342	0,126	0,623	
V11. Quando se estabelece novas formas para procedimentos e processos divulga-se para todas as áreas do hospital.	0,023	0,789	0,053	0,177	0,657	0,798
V13. A informação, nas diversas áreas do hospital, é acessada com facilidade.	0,224	0,776	0,246	0,052	0,716	
V10. Todos os funcionários conhecem os sistemas de arquivamento dos documentos e das informações eletrônicas.	0,088	0,646	0,124	0,263	0,510	

V06. A adoção de novos conhecimentos pelo hospital envolve cooperação entre os seus vários departamentos.	0,428	0,624	-0,134	0,177	0,622	0,786
V05. Os objetivos estratégicos do hospital estão disseminados por todas as áreas do hospital.	0,157	0,543	0,161	0,450	0,548	
V20. O erro é discutido com o objetivo de buscar melhorias nos processos organizacionais e procedimentos.	0,169	-0,004	0,847	0,268	0,818	
V17. Os erros cometidos pelos funcionários são vistos como parte de um processo de aprendizagem	0,283	0,056	0,790	-0,029	0,708	
V12. Mudanças nos processos organizacionais e procedimentos são incorporados facilmente pelos funcionários e médicos.	0,150	0,454	0,597	-0,034	0,586	
V02. A missão do hospital e os objetivos efetivamente direcionam os processos, procedimentos e atividades do hospital.	0,156	0,431	0,434	0,310	0,494	
V14. O hospital incentiva os funcionários a darem opiniões sobre os procedimentos e processos organizacionais.	0,359	0,242	0,381	0,284	0,413	0,717
V07. A estrutura organizacional do hospital facilita a compreensão da hierarquia e conseqüente autoridade de suas unidades.	-0,097	0,210	0,092	0,784	0,676	
V08. O conhecimento gerado no hospital é utilizado nos processos organizacionais, atividades e procedimentos.	0,372	0,120	-0,017	0,638	0,560	
V09. O hospital tem registros atualizados, dos processos organizacionais, procedimentos e atividades	0,400	0,390	0,058	0,557	0,626	
V03. O hospital, quando formula estratégias, baseia-se, também, em informações geradas por instituições de pesquisas.	0,175	0,173	0,397	0,545	0,516	

Fonte: elaborado pela autora.

Na matriz apresentada na **TABELA 11** verifica-se que a variável V14 apresentou comunalidade abaixo de 0,5, mínimo recomendado (HAIR et al., 1998). Apesar disso, quando a fatorial foi gerada apenas com as cinco variáveis que compõem o terceiro fator, do qual V14 faz parte, chegou-se a um resultado satisfatório, ou seja, o componente principal, extraiu 54,35% da variância explicada contida nas cinco variáveis e a comunalidade não se apresentou muito abaixo de 0,5 (**TABELA 12**). Em decorrência destas explicações decidiu-se manter a variável V14.

TABELA 12

MATRIZ FATORIAL DE ANÁLISE DE COMPONENTES – FATOR 2

Matriz componente(a)		
	Componente	
		Comunalidade
V20	0,818	0,669
V17	0,760	0,578
V02	0,706	0,498
V12	0,705	0,497
V14	0,690	0,476

<i>Eigenvalue - Autovalor</i>	2,718	
% de variância explicada	54,35%	

Fonte: elaborado pela autora.

Do número inicial de vinte variáveis relativas à aprendizagem organizacional, que compunham o questionário, dezoito foram utilizadas nas análises deste estudo.

A **TABELA 13** demonstra que 62,1% da variância total da variável independente aprendizagem organizacional é explicada pela soma dos quatro fatores, considerado satisfatório conforme Hair et al. (1998).

TABELA 13

Variância explicada pelos fatores

Fatores	COM ROTAÇÃO		
	Autovalor	Percentual da variância explicada pelo fator	Percentual acumulado
1	3,196	17,8	17,8
2	3,129	17,4	35,2
3	2,575	14,3	49,5
4	2,271	12,6	62,1

Fonte: elaborado pela autora

Na prática, indicam Hair et al. (1998), que a maioria dos pesquisadores raramente usa um único critério para determinar quantos fatores devem ser extraídos. O critério da raiz latente geralmente é o primeiro a ser utilizado, servindo como orientação para a primeira tentativa de interpretação. Pelo critério do teste Scree também pode-se identificar o número ótimo de fatores que podem ser extraídos antes que a quantia de variância única comece a dominar a estrutura de variância comum.

Na **FIGURA 1** o gráfico indica cinco fatores que poderiam representar a variável aprendizagem organizacional. Como já explicado anteriormente, na primeira etapa de análise

dos dados, o quinto fator apresentou o alpha de Cronbach abaixo do desejável e o autovalor pouco acima de 1, portanto foi retirado.

Hair et al. (1998) alertam que ao usar o critério do teste Scree resulta em pelo menos um fator a mais a ser considerado para a inclusão em relação ao critério da raiz latente, portanto a utilização dos dois critérios nesta análise contribuiu na escolha dos quatro fatores.

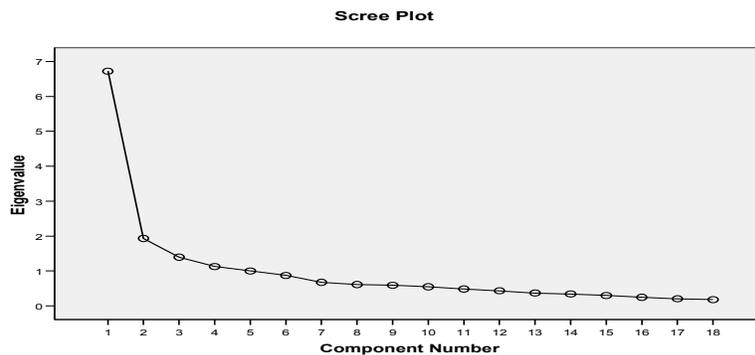


FIGURA 1 – Gráfico de autovalor para o critério Scree – fatores de aprendizagem organizacional.
Fonte: elaborado pela autora.

6.2.1.2 Análise dos resultados

Os fatores referentes à aprendizagem organizacional utilizados nesta análise foram nomeados respectivamente: (1) institucionalização do conhecimento; (2) compartilhamento e utilização do conhecimento; (3) integração; (4) capacidade organizacional.

Com base no referencial teórico, pôde-se analisar e discutir os fatores encontrados.

O **fator 1** nomeado como **institucionalização do conhecimento** é composto pelas variáveis:

- **V16.** Existe, por parte do hospital, o interesse em identificar os erros para criar novas possibilidades de trabalho.
- **V15.** Existe a preocupação do hospital em adotar uma nova solução para fornecer um novo serviço.
- **V18.** O hospital tem a característica de incentivar melhorias nos processos organizacionais, procedimentos e atividades.
- **V19.** O hospital busca resultados imediatos que possam ser medidos depois de treinamentos.

Existe convergência de pensamentos entre vários autores sobre o processo de institucionalização, que é definido como a incorporação, no nível organizacional, do conhecimento gerado e depositado nos processos organizacionais, procedimentos, desenvolvimento de produtos e estratégias. (ARGYRIS e SCHÖN, 1978; CROSSAN et al., 1999; FIOL e LYLES, 1985; NONAKA e TAKEUCHI, 1997; MOTTA e VASCONCELOS, 2002; SNYDER e CUMMING, 1998).

Está idéia remete à alegoria da espiral do conhecimento, onde o mesmo é mobilizado através da socialização, conhecimento tácito em tácito; externalização, a articulação de tácito em explícito; combinação, conhecimentos existentes transformados, explícito em explícito e a internalização que é o processo de incorporação do conhecimento explícito em tácito, gerando o acúmulo de informações que proporcionam o questionamento contínuo dos padrões vigentes nas organizações e o estímulo aos insights e novas idéias.

A aprendizagem é organizacional na medida em que os resultados da aprendizagem são incorporados em sistemas, estrutura e cultura organizacional. Neste sentido a aprendizagem só ocorre quando a solução encontrada é executada, transformada em ação, ocorrendo apropriação e prática do conhecimento, chamado por Argyris e Schön (1978) de deutero-learning.

Percebe-se claramente que os autores indicam um ponto em comum: a confirmação de que a ocorrência da aprendizagem se dá através da apropriação, incorporação, internalização do conhecimento pela organização. Em outras palavras, o conceito de institucionalização abrange estes pontos e constitui parte significativa da aprendizagem organizacional.

Distanciando-se dos autores citados anteriormente e considerados positivistas (PRANGE, 2001), observa-se a preocupação, por parte de outros, referente ao processo de geração, acúmulo e apropriação do conhecimento e comportamento. A este processo dá-se o nome de abordagem cognitiva e comportamental (DAFT e WEICK, 1984; DiBELLA et al., 1996; FIOLE e LYLES, 1985; GARVIN, 1993; HUBER, 1991; KIM, 1993; NICOLINI e MEZNAR, 1995; SENGE, 1998; SLATER e NARVER, 1994; SWIERINGA e WIERDSMA, 1995)

A aprendizagem individual não necessariamente traduz-se em aprendizagem organizacional. Nesse sentido a aquisição e institucionalização do conhecimento podem levar o indivíduo a uma mudança comportamental, ou não. Esta condição, chamada de aprendizagem bloqueada, pode ser gerada por vários fatores, como por exemplo, a resistência à mudança (INKPEN e CROSSAN, 1995; LEVITT e MARCH, 1988; LEROY e RAMANANTSOA, 1997).

Relacionando as visões das diferentes linhas de pensamento poder-se-ia sugerir que a institucionalização do conhecimento deveria ser assumida como tal se, além da incorporação nos processos, produtos e estratégias a mesma provocasse uma mudança comportamental efetiva.

Garvin (1993) estabelece a associação da institucionalização do conhecimento e mudança comportamental, afirmando que uma organização que aprende é aquela que possui habilidades na criação, aquisição e transformação do conhecimento, assim como na modificação de seu comportamento para refletir os novos conhecimentos e insights.

As variáveis, que compõem este fator, têm por foco principal de investigação a abordagem sobre a discussão do erro, desvio entre a intenção e o que de fato ocorreu, e como esta discussão pode ser o insight na melhoria e/ou geração de novas idéias nos processos e serviços. A variável V19 indica a natureza da aprendizagem organizacional como um resultado que é validado pela mudança comportamental (ARGYRIS e SCHÖN, 1978; GARVIN, 1993; MOTTA e VASCONCELOS, 2002).

O **fator 2** nomeado de **compartilhamento e utilização do conhecimento** é composto pelas variáveis:

- **V11.** Quando se estabelece novas formas para procedimentos e processos divulga-se para todas as áreas do hospital.
- **V13.** A informação, nas diversas áreas do hospital, é acessada com facilidade.
- **V10.** Todos os funcionários conhecem os sistemas de arquivamento dos documentos e das informações eletrônicas.
- **V06.** A adoção de novos conhecimentos pelo hospital envolve cooperação entre os seus vários departamentos.
- **V05.** Os objetivos estratégicos do hospital estão disseminados por todas as áreas do hospital.

A promoção de uma cultura de difusão, acessibilidade, compartilhamento e utilização do conhecimento são pontos fundamentais para que ocorra a aprendizagem organizacional (BENÍTEZ e RODRIGUES, 2004; DiBELLA et al., 1996; NEVIS et al. 1995; SNYDER e CUMMINGS, 1998).

Os processos de socialização e externalização articulam o conhecimento tácito em tácito e tácito em explícito, respectivamente. Essas conversões se dão principalmente por meio da utilização de metáforas, analogias, conceitos, hipóteses e modelos, que são utilizados no diálogo e na reflexão coletiva. A aprendizagem é organizacional na medida em que é

compartilhada e utilizada entre os membros da organização (NONAKA e TAKEUCHI, 1997; SNYDER e CUMMING, 1998).

A cultura organizacional compreende o compartilhamento de crenças, ideologias e normas as quais influenciam diretamente as tomadas de decisão e as estratégias das organizações (SCHEIN, 1985). Crenças, ideologias, normas são um conjunto de conhecimentos adquiridos e institucionalizados nas organizações, mas perdem seu significado e se tornam obsoletos se não são compartilhados e utilizados.

A aprendizagem organizacional é prerrogativa da organização baseada no conhecimento como recurso estratégico, criando, compartilhando e utilizando o conhecimento como vantagem competitiva sustentável (GARVIN, 1993; PORTER, 1990).

O compartilhamento e utilização do conhecimento, dentro da perspectiva de vantagem competitiva sustentável e estratégia, pressupõem-se como uma relação entre a organização e os seus ambientes internos e externos. No âmbito interno, a interação entre os indivíduos ocorre através da incorporação do conhecimento individual no conhecimento da organização; no âmbito externo o conhecimento pode ser proveniente da interação com os clientes, fornecedores e usuários finais.

As variáveis componentes deste fator têm por objetivo indicar a forma que os hospitais tratam o conhecimento em seus ambientes internos. Quando o acesso às informações não é conhecido e fácil, o compartilhamento é dificultado, em decorrência barreiras são erguidas, e provavelmente a utilização do conhecimento seja comprometida.

O **fator 3** nomeado como **integração** é representado pelas variáveis:

- **V20.** O erro é discutido com o objetivo de buscar melhorias nos processos organizacionais e procedimentos.
- **V17.** Os erros cometidos pelos funcionários são vistos como parte de um processo de aprendizagem

- **V12.** Mudanças nos processos organizacionais e procedimentos são incorporados facilmente pelos funcionários e médicos.
- **V02.** A missão do hospital e os objetivos efetivamente direcionam os processos, procedimentos e atividades do hospital.
- **V14.** O hospital incentiva os funcionários a darem opiniões sobre os procedimentos e processos organizacionais.

O processo de aprendizagem organizacional é o foco central deste fator e pode ser entendido como a transformação de uma determinada estrutura cognitiva por meio da integração de nova informação, que em consequência gera um novo conhecimento.

O processo de integração pode ser entendido como parte constitutiva da institucionalização do conhecimento. A integração possibilita que as informações se interliguem, se influenciem de modo a gerar novas ações que se incorporam nos processos, serviços e estratégias, que por sua vez influenciam e se interligam com outras informações.

Da mesma forma a integração por ser um processo de construção do conhecimento precisa ter no compartilhamento uma ação coordenada a partir de ajustamentos mútuos, onde a aprendizagem organizacional passa a ser um processo.

Shein (1985) argumenta que a integração dos indivíduos dentro de uma cultura pautada por objetivos comuns [estratégia] facilita o aprendizado e é o maior desafio em direção ao futuro de uma organização.

Os autores que definem integração apontam para o fato de que o foco da aprendizagem não se refere à experimentação reativa do tipo tentativa e erro. Antes inclui a reflexão e o questionamento contínuo (CHRISTENSEN et al., 2001; CROSSAN et al., 1999; ELKJAER, 2001; KLIMECKI e LASSLEBEN, 1998).

Sendo a integração o depósito de camadas de informações interligadas e interdependentes, gerando um novo conhecimento, as variáveis que compõem este fator estão

direcionadas para a intenção e a ação dos hospitais pesquisados na ênfase ao processo da construção do conhecimento, gerando mudanças, que por sua vez, orientam e são orientadas pelos objetivos organizacionais.

Na variável V12, que discorre sobre mudança nos processos e comportamento, a abordagem sobre aprendizagem bloqueada, anteriormente descrita em institucionalização do conhecimento, cabe, neste caso, haja vista a reciprocidade destes conceitos.

Existindo a incorporação do conhecimento, mas não existindo a mudança comportamental correspondente ao esperado, dificilmente os processos conseguirão ter continuidade.

O **fator 4** nomeado como **capacidade organizacional** é composto das seguintes variáveis:

- **V07.** A estrutura organizacional do hospital facilita a compreensão da hierarquia e conseqüente autoridade de suas unidades.
- **V08.** O conhecimento gerado no hospital é utilizado nos processos organizacionais, atividades e procedimentos.
- **V09.** O hospital tem registros atualizados, dos processos organizacionais, procedimentos e atividades.
- **V03.** O hospital, quando formula estratégias, baseia-se, também, em informações geradas por instituições de pesquisas.

A capacidade organizacional corresponde àquelas características estruturais de uma organização que favorecem a aprendizagem individual e coletiva. As estruturas, neste caso, são descentralizadas e permitem a participação das várias camadas hierárquicas, que por sua vez, são mais achatadas (FINGER e BRAND, 2001).

A estrutura organizacional pode ser considerada como o fio condutor da capacidade de uma organização em adquirir, transformar, utilizar e armazenar conhecimento.

Estruturas organizacionais centralizadoras tendem a criar barreiras para o processo que capacita uma organização para a aprendizagem organizacional (FIOL e LYLES, 1985).

Observa-se a interdependência dos conceitos referentes aos quatro fatores da aprendizagem organizacional. A capacidade organizacional pode propiciar um ambiente favorável ao compartilhamento e utilização do conhecimento, que por sua vez produzirá a integração, ou seja, o acúmulo das camadas de informação gerando uma melhoria ou uma nova idéia, que serão institucionalizadas nos processos, serviços e estratégias.

Nonaka e Takeuchi (1997), Fiol e Lyles (1985), Cohen e Levinthal (1990), Kim (1993), afirmam que a essência da estratégia está no desenvolvimento da capacidade organizacional de adquirir, acumular e explorar o domínio do conhecimento e classificam dois níveis de aprendizagem organizacional: alto e baixo. Um dos fatores que contextualizam os níveis alto e baixo da aprendizagem seria a estrutura organizacional como condutora da capacidade organizacional para a geração de inovação e criatividade.

Nonaka (1991) aponta para a visão muito estreita da maioria dos gestores ocidentais com relação à maneira pela qual as organizações são capazes de explorar o conhecimento. Neste sentido, Cohen e Levinthal (1990, p. 128) chamam de “capacidade de absorção de conhecimento” como a habilidade de reconhecer o valor dos ensinamentos novos, externos, de assimilá-los e de aplicá-los. Esta premissa demonstra que algumas organizações apresentam uma capacidade de absorção do conhecimento maior do que outras.

A variável V07 indica a intenção de entender o perfil da estrutura de poder dos hospitais; nas variáveis V08 e V09 faz-se a alusão a capacidade de aprender e promover a aprendizagem através do processo contínuo da institucionalização, compartilhamento e utilização, integração. Na variável V03 diz respeito a capacidade de absorção de conhecimento novos e externos à organização a fim de utilizá-los de forma estratégica.

6.2.2 Inovação

6.2.2.1 Resultados da análise fatorial

O valor do KMO – Kaiser-Meyer-Olkin- foi de 0,794 para as variáveis do questionário, relacionadas com a inovação, o que indicou adequacidade para realização da análise fatorial (HAIR et al., 1998). A partir do critério da raiz latente foram identificados 5 componentes principais correspondentes à combinação linear das 19 assertivas referentes à inovação, que compõem o questionário deste estudo.

O nível de significância do teste de Bartlett's de 0,05 está abaixo do nível crítico onde se concluiu que, neste caso, os dados se apresentam de forma satisfatória para a análise fatorial.

Com o objetivo de interpretar os fatores identificados, foram utilizadas quatro etapas de análise até a redução dos fatores utilizados nesta pesquisa.

Na primeira etapa de análise a matriz de cargas fatoriais gerou seis fatores e indicou que a variável V22 (O hospital muda sistematicamente os procedimentos e processos organizacionais na minha área.) apresentava comunalidade abaixo de 0,5, mínimo recomendado, o alpha de Cronbach também estava abaixo do recomendado, implicando em não se utilizar esta variável.

Uma segunda matriz de cargas fatoriais sem a variável V22 foi obtida, em que foram gerados, novamente, seis fatores, porém o sexto continha somente a variável V26 (O hospital possui programa de qualidade.), que anteriormente estava agrupada com a variável P22. Por este motivo esta variável também foi retirada da análise.

Na terceira etapa foram calculados os dados da matriz de cargas fatoriais sem as variáveis V22 e V26, gerando cinco fatores, mas a variável V33 (O hospital desenvolve serviços que são imitados pelo mercado.) apresentou comunalidade abaixo de 0,5 e foi decidido não utilizá-la na análise.

A quarta etapa culminou na matriz definitiva usada nesta pesquisa com cinco fatores (TABELA 14).

Os dois primeiros fatores apresentaram o alpha de Cronbach considerado muito bom, o terceiro fator apresentou o alpha de Cronbach satisfatório e o quinto fator apresentou um valor de alpha de Cronbach considerado elevado. O quarto fator apresentou o alpha de Cronbach de 0,670, por estar muito próximo do limite teórico aceitável, considerando que os valores de 0,60 a 0,70 representam o limite inferior de aceitabilidade (HAIR et al., 1998) e assim foi decidido mantê-lo para análise.

TABELA 14

Matriz fatorial rotacionada VARIMAX de análise de componentes – inovação

VARIÁVEIS	Fatores					Comunalidade	Alpha de Cronbach
	1	2	3	4	5		
V25. O hospital cria, com frequência, novos procedimentos e processos organizacionais, diferentes de quaisquer outros nele existentes.	0,758	0,253	0,333	0,093	0,004	0,758	0,793
V32. O hospital tem uma área, ou atividade ligada ao desenvolvimento de novos serviços.	0,730	0,068	-0,003	0,094	0,425	0,728	
V30. A adoção de novos serviços é decorrente de requisitos organizacionais	0,713	0,147	0,077	0,287	-0,068	0,623	

V24. O hospital possui integração de atividades que geram diferenciação nos serviços oferecidos.	0,611	0,084	0,596	0,048	0,081	0,744	
V36. O desenvolvimento de novos serviços depende da concorrência.	0,051	0,841	0,094	0,133	0,101	0,747	0,795
V34. A sobrevivência do hospital no mercado esta diretamente ligada a adoção e oferta de novos serviços.	0,103	0,725	0,179	0,332	0,052	0,681	
V28. O desenvolvimento de novos serviços, no hospital, está diretamente ligado às exigências do mercado.	0,288	0,628	0,447	-0,043	0,065	0,683	
V27. As tecnologias influenciam e são influenciadas por novos procedimentos e processos organizacionais no hospital em que trabalho.	0,521	0,615	0,043	0,164	0,152	0,701	
V21. O hospital oferece serviços diferentes dos outros hospitais.	-0,014	0,067	0,839	0,261	0,004	0,776	0,769
V23. O hospital em que trabalho é conhecido no mercado como uma instituição inovadora.	0,220	0,291	0,803	0,057	0,036	0,783	
V35. O desenvolvimento de novos serviços depende da demanda de necessidades dos clientes.	0,332	0,465	0,520	0,042	0,217	0,646	
V29. O hospital opta em criar modificações ou melhorias em processos organizacionais ao invés de substituí-los por processos totalmente novos.	0,057	0,094	0,231	0,805	0,032	0,714	0,670
V37. Ações e políticas de governo influenciam as definições para adoção da inovação no hospital.	0,227	0,238	-0,208	0,719	0,021	0,669	
V31. A decisão por melhorias nos serviços é menos arriscada do que a substituição dos mesmos por outros inteiramente novos.	0,134	0,089	0,224	0,684	-0,021	0,545	
V39. A educação continuada gera novas formas de procedimentos e processos organizacionais.	0,137	0,038	0,011	0,057	0,897	0,828	0,803
V38. A educação continuada gera melhoria nos procedimentos e processos organizacionais já existentes.	0,018	0,186	0,096	-0,053	0,882	0,825	

Fonte: elaborado pela autora.

Do número inicial de dezenove assertivas sobre inovação, que compunham o questionário, dezesseis foram utilizadas nas análises.

A TABELA 15 demonstra que 71,6% da variância total da variável dependente **inovação** é explicada pela soma dos cinco fatores. Tal percentual pode ser considerado satisfatório (HAIR et al. 1998)

TABELA 15

Variância explicada pelos fatores

Fatores	COM ROTAÇÃO		
	Autovalor	Percentual da variância explicada pelo fator	Percentual acumulado
1	2,607	16,3	16,3
2	2,517	15,7	32,0
3	2,491	15,6	47,6
4	1,971	12,3	59,9
5	1,865	11,7	71,6

Fonte: elaborado pela autora.

Na **FIGURA 2** o teste Scree corrobora o resultado obtido pelo critério de análise da raiz latente, cinco fatores para a variável dependente inovação são indicados.

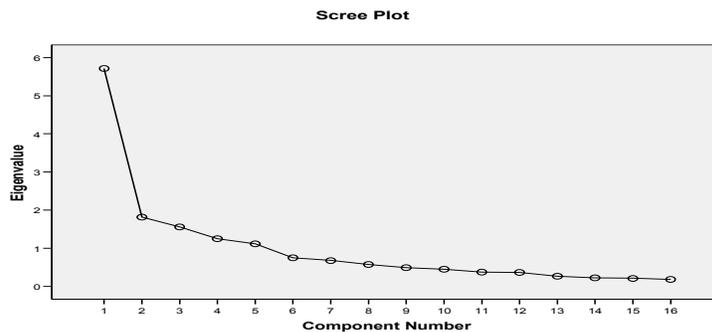


FIGURA 2 – Gráfico de autovalor para o critério Scree – fatores de inovação.
Fonte: elaborada pela autora.

6.2.2.2 Análise dos resultados

A partir da análise fatorial, foi possível identificar a existência de cinco fatores subjacentes ao processo de avaliação dos entrevistados das 19 assertivas apresentadas referentes à inovação nos hospitais, são eles: (1) desenvolvimento de processos organizacionais e serviços; (2) tecnologia e concorrência; (3) inovação radical; (4) inovação incremental/sintética; (5) educação.

O fator 1 nomeado de **desenvolvimento de processos organizacionais e serviços** é composto pelas seguintes variáveis:

- **V25.** O hospital cria, com frequência, novos procedimentos e processos organizacionais, diferentes de quaisquer outros nele existentes.
- **V32.** O hospital tem uma área, ou atividade ligada ao desenvolvimento de novos serviços.
- **V30.** A adoção de novos serviços é decorrente de requisitos organizacionais.
- **V24.** O hospital possui integração de atividades que geram diferenciação nos serviços oferecidos.

A necessidade por identificar novas formas de captar receitas e a urgência das organizações inovarem, devido ao crescimento do número de competidores são as forças propulsoras para o desenvolvimento de novos serviços, bens e processos. Empresas inovadoras são aquelas que identificam o desenvolvimento de novos produtos e processos como sendo de crucial importância para a permanência das mesmas no mercado (JENSEN e HARMSEN, 2001; SABAN et al. 2000).

Em um contexto de altos riscos e incertezas, onde competitividade depende muito de condições organizacionais que estimulem as inovações e o progresso tecnológico (QUINN e MUELLER, 1963), sugere-se que a comercialização de uma nova tecnologia imponha requisitos organizacionais mais complexos (ZILBER e MONTEIRO DE BARROS, 2001). A variável V30 traduz este pensamento nos hospitais, que vivenciam a adoção e comercialização de serviços ligados a alta tecnologia e que, para tanto, precisam demonstrar uma predisposição política, estrutural e financeira para tanto.

Para Freire (2002), as melhorias significativas ou desenvolvimento de novos processos, produtos ou serviços na empresa que utilizam recursos tecnológicos fundamentalmente diferentes são caracterizadas como uma inovação revolucionária. Os hospitais podem ser

inseridos neste pensamento, uma vez que muitos dos seus procedimentos, processos organizacionais e serviços são pautados em recursos tecnológicos.

A intenção dos hospitais na busca do desenvolvimento dos seus processos organizacionais ou na oferta de seus serviços está representada pelas variáveis componentes deste fator.

O **fator 2** chamado nesta pesquisa de **tecnologia e concorrência** é composto pelas variáveis:

- **V36.** O desenvolvimento de novos serviços depende da concorrência.
- **V34.** A sobrevivência do hospital no mercado esta diretamente ligada a adoção e oferta de novos serviços.
- **V28.** O desenvolvimento de novos serviços, no hospital, está diretamente ligado às exigências do mercado.
- **V27.** As tecnologias influenciam e são influenciadas por novos procedimentos e processos organizacionais no hospital em que trabalho.

A inovação decorre do processo de evolução tecnológica, da evolução das necessidades dos clientes e da intensidade da competição no segmento (GRANT, 1998; ROBERTSON, 1999).

O incentivo para a inovação pode permitir que as organizações atendam novas necessidades do mercado, melhorem suas posições em relação aos substitutos e reduzam a necessidade de produtos complementares, assim resultando em melhores condições para seu crescimento. Tal fato faz com que a inovação seja vista como forma de competir em ambientes altamente dinâmicos e com ininterruptas mudanças tecnológicas, por exemplo, hospitais, para que as organizações adotem a inovação como modo de vida corporativo, capaz de criar novos produtos e processos (PORTER, 1986; TUSHMAN e NADLER, 1997).

Nas variáveis V34 e V28 as idéias expostas no parágrafo anterior nortearam seus enunciados. Mais do que nunca os hospitais têm sido requisitados no âmbito do desempenho e da competitividade frente à concorrência.

A variável V36 pode ser explicada a partir deste parágrafo. Muitas empresas optam em fazer o papel de seguidoras de mercado quando buscam monitorar novos produtos de seus concorrentes, copiando com menores riscos e investimento. As organizações adotam a estratégia de imitação, buscam minimizar riscos e maximizar oportunidades de lucros, assim conseguem minimizar custos e a oferecer produtos similares com preços inferiores, mas tal estratégia pode afetar o desenvolvimento sustentado da organização porque, em determinado período, a estagnação de oferta induz os clientes a preferir novos produtos e novos serviços oferecidos pela concorrência (FREIRE, 2002; ROBBINS, 2002).

Porter (1990) afirma que uma empresa quando é singular em algo se diferencia da concorrência, o que normalmente resulta em desempenho superior.

Vários autores, corroboram com a idéia que o sucesso das organizações num ambiente competitivo está na inovação, na introdução permanente de novos produtos e serviços, superiores aos atuais, caso contrário elas não poderão acompanhar e antecipar a evolução das necessidades de seus clientes e garantir sua sobrevivência no mercado (AFUAH, 1998; ANSOFF et al., 1993; CHANDY e TELLIS, 1998; CHRISTENSEN, 2002).

Existem inovações de produto, que demandam mudanças no processo de produção e vice-versa, isto é, algumas mudanças no processo de produção de algumas empresas possibilitam o desenvolvimento de novos produtos (COOPER, 1998; SCHERER, 1984). A variável V27 reflete este pensamento em seu enunciado, onde se verifica a relação dialética entre tecnologias e processos organizacionais.

O **fator 3** nomeado como **inovação radical** apresenta em sua composição as variáveis abaixo relacionadas:

- **V21.** O hospital oferece serviços diferentes dos outros hospitais.
- **V23.** O hospital em que trabalho é conhecido no mercado como uma instituição inovadora.
- **V35.** O desenvolvimento de novos serviços depende da demanda de necessidades dos clientes.

A teoria indica a existência de um tipo de inovação caracterizada como sendo o nível mais alto, onde o desenvolvimento ou a aplicação de tecnologias ou idéias expressivamente novas requerem a introdução de qualificações, processos e sistemas novos em toda a organização; onde os produtos apresentem um desempenho superior que não permite concorrente e que altere significativamente os padrões de comportamento do consumidor. Para este tipo de inovação dão-se as seguintes denominações: descontinuada; radical; de ruptura e revolucionária (AFUAH, 1998; BIRLEY e MUZYKA, 2001; CHRISTENSEN, 2002; FREIRE, 2002; TUSHMAN e NADLER, 1997).

Engel et al. (2000) mostram uma visão relativamente diferente dos autores anteriormente citados, eles partem do pressuposto que o produto novo possa parecer pior quando avaliado pelas medidas de desempenho que os consumidores costumam valorizam.

Para Freire (2002) as melhorias significativas ou desenvolvimento de novos processos, produtos ou serviços nas empresas que utilizam recursos tecnológicos fundamentalmente diferentes são caracterizadas como uma inovação revolucionária. Este pensamento se aproxima da realidade dos hospitais, onde diferentes áreas atuam conjuntamente para o mesmo objetivo: o tratamento ao paciente, seja ele preventivo ou curativo. Variável V23 e V35.

Shein (1985) observa que as ocupações tipicamente moldam as práticas organizacionais, seus valores e a decorrente auto-imagem que a empresa faz de sua tecnologia. Organizações de sucesso em base tecnológica comenta ele, tendem basear a sua auto-imagem em

tecnologia. Hospitais que utilizam alta tecnologia e, em decorrência, desenvolvem processos e serviços especializados, são vistos e se vêem como organizações altamente inovadoras; a este conceito associa-se a variável V23.

O **fator 4** nomeado como **inovação incremental/sintética** é composto pelas variáveis:

- **V29** O hospital opta em criar modificações ou melhorias em processos organizacionais ao invés de substituí-los por processos totalmente novos.
- **V37.** Ações e políticas de governo influenciam as definições para adoção da inovação no hospital.
- **V31.** A decisão por melhorias nos serviços é menos arriscada do que a substituição dos mesmos por outros inteiramente novos.

As inovações que visam a melhorar os processos, produtos ou serviço de uma organização; o desempenho de um produto já conhecido por um mercado também conhecido, que propiciam características adicionais, novas versões ou extensões de uma linha de produto anteriormente padronizada ou na combinação criativa de técnicas, idéias ou métodos existentes, muitas vezes, ligados às necessidades de clientes pode ser chamadas de: incrementais, contínuas ou de sustentação (AFUAH, 1998; CHRISTENSEN e OVERDORF, 2002; FARIA, 1997; FREIRE, 2002; FREEMAN, 1992; TUSHMAN e NADLER, 1997; ROGERS, 1995).

A inovação pode ser uma idéia, prática ou objeto que é percebido como nova por um indivíduo ou outra unidade de adoção. Assim, a inovação pode ser interpretada à medida que é percebida como tal pelo adotante, em relação a seu processo produtivo particular, ou, no caso do adotante individual, em relação ao seu consumo, desvinculando-se da delimitação temporal de sua origem. A inovação, vista dessa forma, torna-se mais próxima dos hospitais, os quais, em sua maioria, não são os desenvolvedores de inovações radicais, nem seus primeiros adotantes, mas empreendem processos de inovação ao adotarem novas tecnologias,

aprimorando e se adaptando às condições de funcionamento destas instituições e às condições locais. Os hospitais mais próximos das inovações radicais são os universitários e de alta complexidade, ex.: Hospital do Coração e Hospital Israelita Albert Einstein.

Existe um pressuposto implícito nas ações observadas em diversas empresas, no sentido de que realizar melhorias no produto é menos arriscado do que introduzir inovações, deixando assim que um concorrente corra o risco de testar um novo produto, preferindo ser um seguidor ágil. Embora a inovação esteja geralmente associada aos importantes avanços tecnológicos nos produtos ou processos, a vasta maioria das inovações está baseada na acumulação de mudanças incrementais (HAMEL, 2003).

Engel et al. (2000) caracterizam as modificações ou extensões de produtos já existentes como uma inovação contínua, que pouco altera o padrão de comportamento básico exigido pelos consumidores. Do ponto de vista de oportunidade, Birley e Muzyka (2001) definem que são os menos dramáticos.

Em um nível seguinte ou intermediário, estão as melhorias com combinação criativa de idéias ou tecnologias para desenvolvê-los, que Tushman e Nadler (1997) definem como sintética. Nessa abordagem, não há nenhuma nova tecnologia sendo utilizada, apenas uma combinação criativa de uma série de tecnologias já existentes e interligadas, estabelecendo um padrão à sua classe, da qual Birley e Muzyka (2001) definem como evolução das linhas de produtos estabelecendo uma nova geração de produtos.

Freire (2002) caracteriza as melhorias significativas ou desenvolvimento dos processos, produtos ou serviços que utilizam uma atual base tecnológica, como inovações distintas.

Engel et al. (2000) atribuem a alteração dos produtos e processos existentes como uma inovação dinamicamente contínua, e geralmente, não altera padrões estabelecidos de compra e uso do produto pelo cliente, porém, resultam em uma quebra mínima na influência de padrões de comportamentos estabelecidos.

Ao nomear-se este fator como inovação incremental/sintética, buscou-se a proximidade dos conceitos de inovação incremental e inovação sintética, usando-se a teoria desta pesquisa para tanto. Foi percebido que a linha divisória entre os dois conceitos é muito tênue, provocando, muitas vezes a sobreposição de explicações em ambos os casos.

A busca pela melhoria contínua pode ser expressa pelas variáveis componentes desse fator, pois através da inserção de mudanças nos procedimentos, processos organizacionais e serviços já existentes promove-se a inovação de forma a adequar o existente às exigências internas e externas.

O **fator 5** nomeado nesta pesquisa de **educação** é composto pelas seguintes variáveis:

- **V39.** A educação continuada gera novas formas de procedimentos e processos organizacionais.
- **V38.** A educação continuada gera melhoria nos procedimentos e processos organizacionais já existentes.

A educação é item que integra os fatores organizacionais críticos à gestão da inovação, o conceito de educação, neste caso engloba as habilidade relacionais e os contatos informais (TUSHMAN e NADLER, 1997).

A educação continuada entendida como o domínio do conjunto de conhecimentos trata da atualização contínua do indivíduo, informando-o sobre os novos conhecimentos e suas conseqüências para a ação no mundo do trabalho (COLLARES et al., 1999)

Comentam, ainda, Collares et al. (1999) que a divisão do trabalho, aprofunda a distância entre a produção de conhecimentos, sua transmissão e sua transformação. Por outro lado, a educação trata-se de transferir esses conhecimentos àqueles que os usam e os transformam em instrumentos de produção de outros bens, aí incluídos os bens culturais. No universo simbólico do exercício de qualquer profissão, há um conjunto de conceitos, referências, signos que resultam da prática transformadora do trabalho em busca de soluções para as

questões postas pelo cotidiano. Considerando esse conjunto de respostas como saberes produzidos na prática, a educação nas organizações precisa unir a produção e utilização de conhecimentos com os indivíduos.

Argyris (1993, p.82) discorre sobre como “ensinar pessoas inteligentes” a aprender. O autor fala sobre a falta de capacidade de muitos gestores em não conseguir lidar com o fracasso, onde a maioria deles torna-se defensiva. Neste sentido o processo da educação se torna dificultoso ou até mesmo impossível.

Para Chesbrough e Teece (1996), construir uma organização voltada à inovação significa que os executivos devem verificar qual tipo de inovação está ocorrendo e também avaliar se as competências e as capacidades necessárias para produzir tal inovação estão disponíveis no mercado ou se é necessário desenvolvê-las.

Os programas de educação continuada presentes em muitos hospitais podem ser considerados como fator facilitador para os processos de inovação, pois através do compartilhamento do conhecimento novos insights podem surgir propiciando um clima propício à criatividade.

Conclui-se este item evidenciando a indicação dos objetivos específicos a partir dos resultados obtidos: quatro fatores preponderantes para a variável independente aprendizagem organizacional: (1) institucionalização do conhecimento; (2) compartilhamento e utilização do conhecimento; (3) integração; (4) capacidade organizacional e cinco fatores preponderantes para a variável dependente inovação: (1) desenvolvimento de processos organizacionais e serviços; (2) tecnologia e concorrência; (3) inovação radical; (4) inovação incremental/sintética; (5) educação.

As análises dos resultados, sustentadas pelas teorias, destacam a relevância dos fatores, sugerindo um possível movimento em direção à associação destes no processo da aprendizagem organizacional e da inovação, o qual será verificado no próximo item.

6.3 Relação entre os fatores aprendizagem organizacional e inovação:

aplicação da análise e regressão

Assim obteve-se os fatores preponderantes propiciados pela análise fatorial, em relação à aprendizagem organizacional e inovação.

Com o intuito de verificar a correlação entre as variáveis dos dois grupos foi construída uma matriz de correlação (TABELA 16).

TABELA 16

Matriz de Correlação – Fatores de aprendizagem organizacional e inovação

FATORES DA INOVAÇÃO		20. FATORES DE APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL			
		<i>Institucionalização do conhecimento</i>	Compartilhamento e utilização do conhecimento	Integração	Capacidade organizacional
Desenvolvimento de processos organizacionais e serviços	Pearson Correlation	0,439	0,288	0,190	0,051
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,002	0,048	0,604
Tecnologia e concorrência	Pearson Correlation	0,295	0,032	0,091	0,075
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,745	0,352	0,441
Inovação radical	Pearson Correlation	0,183	-0,107	0,345	0,147
	Sig. (2-tailed)	0,058	0,270	0,000	0,129
Inovação incremental/sintética	Pearson Correlation	0,045	0,050	0,245	-0,036
	Sig. (2-tailed)	0,643	0,605	0,011	0,715
Educação	Pearson Correlation	0,200	0,352	0,073	0,057
	Sig. (2-tailed)	0,038	0,000	0,454	0,558
		Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			
		Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).			

Fonte: elaborado pela autora.

Pode-se verificar a correlação entre os fatores de aprendizagem organizacional (AO) e inovação (I) nos itens a seguir:

- institucionalização do conhecimento (AO) e desenvolvimento de processos organizacionais e serviços (I): partindo do pressuposto que a aprendizagem é organizacional à medida em que o conhecimento é incorporado às suas estruturas (ARGYRIS e SCHÖN, 1978; CROSSAN et al., 1999; FIOLE e LYLES, 1985; NONAKA e TAKEUCHI, 1997; MOTTA e VASCONCELOS, 2002; SNYDER e CUMMING, 1998), o desenvolvimento de processos organizacionais e serviços é o resultado desta ação (PRESKILL e TORRES, 2001; ZILBER e MONTEIRO DE BARROS, 2001), propiciando, por sua vez, o fluxo contínuo da realimentação das idéias, insights e informações. Nesta análise ficou evidenciada a forte associação que os respondentes percebem nos hospitais, quanto ao conhecimento incorporado pela instituição, influenciando, se relacionando com o desenvolvimento de processos e serviços.
- institucionalização do conhecimento (AO) e tecnologia e concorrência (I): as empresas necessitam identificar novas formas de captar receita e permanecer no mercado (JENSEN e HARMSEN, 2001; SABAN et al. 2000), para tanto elas precisam acompanhar a evolução tecnológica, das necessidades dos clientes e da intensidade da competição no segmento em que estão inseridas (GRANT, 1998; ROBERTSON, 1990). Em ambientes dinâmicos e com ininterruptas mudanças tecnológicas, a inovação pode ser vista como uma forma de competir (PORTER, 1986; TUSHMAN e NADLER, 1997). Os hospitais fizeram uma forte associação entre a institucionalização do conhecimento e a permanência destas instituições no mercado. Pode-se inferir que estas organizações têm grande consciência da absorção de novos conhecimentos e da sua utilização em decorrência dos avanços tecnológicos, incluindo neste pensamento os hospitais públicos.

- institucionalização do conhecimento(AO) e educação (I): a incorporação do conjunto de conhecimentos gerados nas organizações [institucionalização] deve promover a utilização destes na produção de bens e serviços [desenvolvimento de processos organizacionais e serviços]. Collares et al. (1999), chamam este processo de educação continuada. Nas respostas obtidas na aplicação dos questionários os respondentes colocam a educação, neste caso, como fator de suporte para a continuidade da geração de conhecimento e aprendizagem nos hospitais.
- compartilhamento e utilização do conhecimento (AO) e desenvolvimento de processos organizacionais e serviços (I): o conhecimento produzido, para atingir o patamar da institucionalização, precisa ser socializado e utilizado (NONAKA e TAKEUCHI, 1997; SNYDER e CUMMING, 1998). Parte desta utilização pode ser entendida como o emprego de novos conhecimentos no desenvolvimento de processos organizacionais e serviços, indo de encontro com a idéia das empresas buscarem na inovação a competitividade demandada pelo mercado (JENSEN E HARMSEN, 2001; PORTER, 1980; SABAN et al. 2000; QUINN e MULLER 1963). Os hospitais da amostra manifestaram a idéia de que a troca de conhecimentos, num ambiente que favoreça novos insights , pode possibilitar o desenvolvimento de novos processos e serviços.
- compartilhamento e utilização do conhecimento (AO) e educação (I): o compartilhamento e utilização do conhecimento podem ser entendidos como vetores importantes no processo da educação nas organizações (COLLARES et al., 1999). Os hospitais identificaram esta forte relação entre estes dois fatores.
- integração (AO) e desenvolvimento de processos organizacionais e serviços (I): é o acúmulo de camadas de conhecimento que posteriormente serão incorporadas pela instituição, por este motivo ela pode ser considerada parte do processo de

institucionalização do conhecimento (CHRISTENSEN et al., 2001; CROSSAN et al., 1999; KLIMECKI e LASSLEBEN, 1998; ELKJAER, 2001). A idéia de que a integração é um processo de suporte à institucionalização do conhecimento e que pode culminar no desenvolvimento de processos organizacionais e serviços foi manifestada pelos respondentes da pesquisa.

- integração (AO) e inovação radical: o desenvolvimento de processos e serviços é influenciado pelos conhecimentos institucionalizados, que por sua vez sofrem forte influência pela forma que estes são integrados. A inovação radical pressupõe algo totalmente novo, uma ruptura com os padrões vigentes (AFUAH, 1998. CHANDY e TELLIS, 1998; SCHUMPETER, 1984; TUSHMAN e NADLER, 1997). As formas pelas quais os conhecimentos são integrados podem levar à inovação radical. Os hospitais indicaram uma forte associação dos fatores integração e inovação radical.
- integração (AO) e inovação incremental/sintética: este tópico corrobora as idéias do anterior, enfatizando que a maneira pela qual o tratamento do conhecimento ocorre, influencia o resultado da inovação, podendo se traduzir numa melhoria, numa extensão ou combinação de processos ou serviços já existentes (AFUAH, 1998; FARIA, 1997; TUSHMAN e NADLER, 1997). Neste item também houve, por parte dos hospitais, a indicação de forte associação da integração e inovação incremental/sintética.

Com o propósito de se verificar a associação da aprendizagem organizacional e inovação, utilizou-se da análise de regressão linear múltipla.

Os métodos de busca sequencial objetivam estimar a equação de regressão com um conjunto de variáveis acrescentando ou eliminando variáveis até que a medida de critério geral seja alcançada: stepwise, forward e backward. (HAIR et al. 1998).

O método stepwise permite ao pesquisador examinar a contribuição de cada variável independente para o modelo de regressão. A variável independente com maior contribuição é acrescentada em um primeiro momento, outras variáveis independentes são selecionadas para inclusão com base em sua contribuição incremental sobre as variáveis já presentes na equação (HAIR et al. 1998).

Neste caso, se identificou a variável independente institucionalização do conhecimento como sendo a mais fortemente correlacionada com a variável dependente inovação. Sucessivamente compartilhamento e utilização do conhecimento, integração e capacidade organizacional foram incluídas, tendo sido recalculadas, cada uma dada a presença da outra, para averiguação da contribuição na variável original (TABELA 17). Pode-se observar ainda, que não há multicolinearidade porque os fatores de aprendizagem foram obtidos após a rotação ortogonal Varimax.

A equação que representa o modelo gerado pela regressão linear múltipla é a seguinte:

$$\text{INOVAÇÃO} = -0,002 + 0,231 \times \text{INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO} + 0,186 \times \text{COMPARTILHAMENTO E UTILIZAÇÃO DO CONHECIMENTO} + 0,123 \times \text{INTEGRAÇÃO}$$

TABELA 17

Regressão múltipla utilizando o método *Stepwise* (VD = Inovação)

	VARIÁVEIS	Coeficientes		Coeficientes padronizados de regressão	t	Sig.	Estatísticas de Colinearidade	
		B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
Modelo 1	(Constant)	-,002	,037		-,060	,952		
	Institucionalização do conhecimento	,230	,037	,518	6,237	,000	1,000	1,000
Modelo 2	(Constant)	-,002	,032		-,049	,961		
	Institucionalização do conhecimento	,230	,032	,517	7,110	,000	1,000	1,000
Modelo 3	Compartilhamento e utilização do conhecimento	,187	,032	,420	5,769	,000	1,000	1,000
	(Constant)	-,002	,030		-,057	,954		
Modelo 3	Institucionalização do conhecimento	,231	,030	,519	7,642	,000	1,000	1,000
	Compartilhamento e utilização do conhecimento	,186	,030	,417	6,146	,000	1,000	1,000
	Integração	,123	,030	,275	4,046	,000	1,000	1,000

Fonte: elaborado pela autora.

O poder explicativo de cada fator da variável independente aprendizagem organizacional em relação à variável dependente inovação está representado na **TABELA 18**. Analisadas as informações constantes nesta tabela percebe-se que:

- institucionalização do conhecimento explica 26,8% da variação da variável dependente inovação;
- compartilhamento e utilização do conhecimento explica 17,6% da variação da variável dependente inovação;
- integração explica 7,6% da variação da variável dependente inovação;
- capacidade organizacional não entrou na regressão porque não teve contribuição significativa para a explicação da variável dependente inovação

TABELA 18

PODER EXPLICATIVO DE CADA VARIÁVEL INDEPENDENTE

					Change Statistics					Durbin - Watson
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	

onde a análise de resíduos mostra que os mesmos foram distribuídos de forma normal e que não há outliers, pois os valores estão acima de +3 ou abaixo de -3.

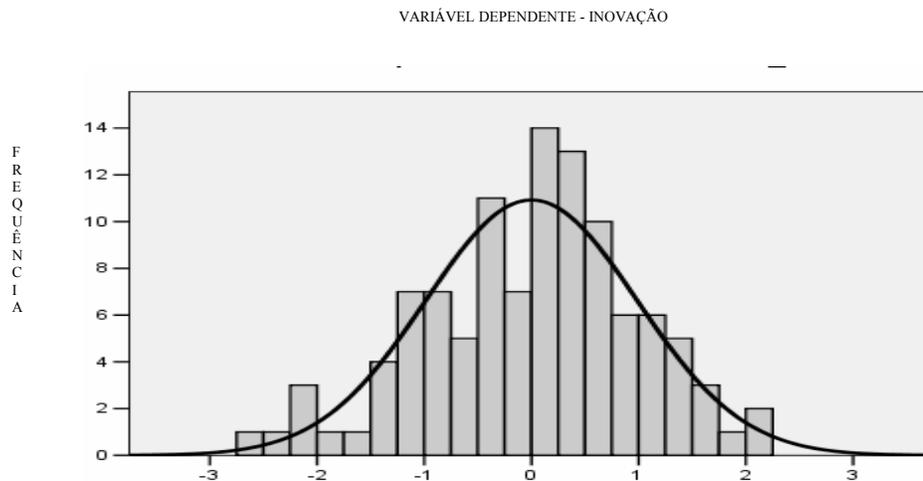


FIGURA 3 – Análise de resíduos – Histograma.
Fonte: elaborado pela autora.

A representação gráfica de resíduos (estudentizados) versus os valores dependentes previstos foi distribuída de forma homogênea ao longo dos valores previstos e indica um padrão consistente, não mostrando padrões de resíduos crescentes ou decrescentes, à este caso dá-se o nome de homoscedasticidade (**FIGURA 4**).

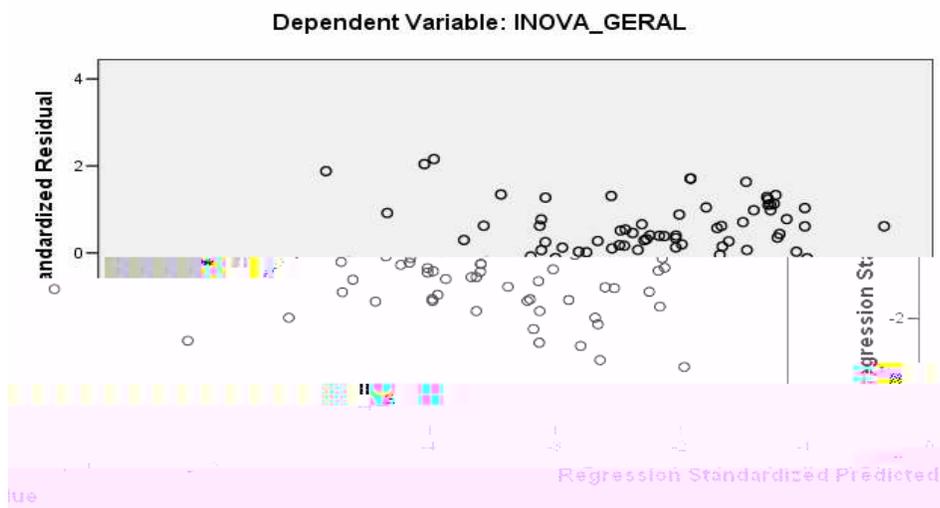


FIGURA 4 – Análise de resíduos – Scatterplot.

Fonte: elaborado pela autora.

Nas análises apresentadas neste capítulo foram consideradas

No próximo capítulo serão apresentadas as conclusões, contribuições e limitações da pesquisa.

7 CONCLUSÕES

Vários autores apresentam convergência de opiniões ao considerarem que a aprendizagem organizacional está associada à inovação, Afuah, 1998; Barney, 1991; Bell & Pavitt, 1995; Crossan et al. (1999); Dosi, 1988; Fleury e Fleury (1995); Garvin, 1993; Klimecki e Lassleben, 1998; Lall, 1992; March, 1991; Motta e Vasconcelos (2002); Nonaka e Takeuchi (1997); Ruas e Antonello (2003); Tushman e Nadler (1997). A aprendizagem organizacional está diretamente ligada ao aperfeiçoamento constante, sendo que na ausência desta, as empresas simplesmente repetiriam velhas práticas.

O estágio das pesquisas envolvendo temas ligados a gestão em instituições hospitalares particulares e públicas no Brasil, apresenta-se, ainda, de forma embrionária. Estudar como estas organizações podem melhorar o seu desempenho, é sem dúvida de caráter relevante, tanto no âmbito econômico, quanto social. A prerrogativa da geração de recursos não recai somente em instituições hospitalares de capital privado, os hospitais públicos, também precisam aprender a aprender e inovar, gerando recursos que possibilitem torná-los mais eficientes e eficazes (MALIK e TELES, 2001; MÉDICI, 2005).

A proposta deste trabalho teve início com a formulação do problema de pesquisa: existe associação entre aprendizagem organizacional e inovação nas instituições hospitalares?

A fase seguinte foi a definição do objetivo amplo de pesquisa, que associado ao problema enunciado, propôs a verificação da associação da aprendizagem organizacional e inovação. Para que o objetivo geral pudesse ser atingido o mesmo foi desmembrado em objetivos específicos: verificar quais são os fatores preponderantes de aprendizagem organizacional nos hospitais pesquisados e verificar quais são os fatores preponderantes de inovação nos hospitais pesquisados.

Pela análise fatorial, foram indicados os objetivos específicos, chegando-se aos quatro fatores que representam a variável independente aprendizagem organizacional: institucionalização do conhecimento; compartilhamento e utilização do conhecimento; integração; capacidade organizacional e aos cinco fatores que representam a variável dependente inovação: desenvolvimento de processos organizacionais e serviços; tecnologia e concorrência, inovação radical; inovação incremental/sintética e educação.

O modelo resultante da análise de regressão linear múltipla explicou em 50,6% (R^2 Ajustado) a associação entre aprendizagem organizacional e inovação nos hospitais pesquisados. Na literatura a medida para aceitação deste modelo indica valores iguais ou superiores a 50% . As técnicas multivariadas aplicadas para esta análise permitiram que os resultados atingissem um relativo grau de confiabilidade e a conclusões apresentaram significância estatística aceitável, fornecendo uma avaliação satisfatória do problema de pesquisa, porém o resultado ficou muito próximo do limite teórico aceitável, fator que não invalida os resultados, mas que indica cautela nas inferências com relação às variáveis e sua associação.

Levando-se em conta estas explanações, pode-se dizer que o objetivo geral foi satisfeito: verificar a associação entre aprendizagem organizacional e inovação em instituições hospitalares e a hipótese enunciada confirmada: a aprendizagem organizacional está associada com a inovação nas instituições hospitalares.

O resultado apresentado leva à reflexão sobre a associação da aprendizagem e inovação nos hospitais, embora satisfatório, mostrou que esta associação precisa ser fortalecida, os hospitais necessitam compreender melhor como seus processos de aprendizagem ocorrem e como influenciam os processos de inovação.

A correlação entre os fatores aprendizagem organizacional (AO) e inovação (I) (**TABELA 14**) indicou a associação:

- da institucionalização do conhecimento (AO) com desenvolvimento de processos organizacionais e serviços (I) e tecnologia e concorrência e educação (I). A incorporação, pelos hospitais, dos conhecimentos gerados está relacionada com o desenvolvimento de novos processos e serviços, que por sua vez sofrem influência das demandas de mercado e de novas tecnologias; a educação tem papel de apoio neste cenário. Pelo método stepwise este fator mostrou um poder explicativo em relação à inovação de 26,8%;
- do compartilhamento e utilização do conhecimento (AO) com o desenvolvimento de processos organizacionais e serviços (I) e educação (I). O compartilhamento e utilização do conhecimento são os meios para a institucionalização do conhecimento, neste contexto a educação assume um papel expressivo, sendo a forma pela qual se processam as novas idéias e insights. Pelo método stepwise este fator mostrou um poder explicativo em relação à inovação de 17,6%;
- da integração (AO) com o desenvolvimento de processos organizacionais e serviços (I), inovação radical (I) e inovação incremental (I). A integração pode ser entendida como parte do processo de institucionalização, é a fase em que as novas informações, idéias e insights gerados através do compartilhamento e utilização proporcionam um novo conhecimento, que pode melhorar ou criar procedimentos, processos organizacionais e serviços nos hospitais. Pelo método stepwise este fator mostrou um poder explicativo em relação à inovação de 7,6%.

A capacidade organizacional não foi correlacionada com os fatores de inovação, o que de início causou surpresa, pois a literatura aponta as várias capacidades organizacionais como um dos principais vetores da inovação (COHEN e LEVINTHAL, 1990; FINGER e BRAND, 2001; FIOLE e LYLES, KIM. 1993, NONAKA e TAKEUCHI, 1997).

A capacidade organizacional está relacionada à resolução de problemas, absorção do conhecimento, adaptação, flexibilidade e aquisição, exploração e acúmulo do conhecimento. Pode-se observar distanciamento, por parte dos respondentes, quanto à sensibilização das idéias referentes ao fator.

Embora a influência da tecnologia seja marcante na área hospitalar, parece existir certa dissonância entre tecnologia, oferta de serviços e processos organizacionais. Um exemplo vivenciado pela pesquisadora, em um dos hospitais em que trabalhou, pode corroborar este pensamento: foi doado um equipamento de alta tecnologia para o tratamento de câncer, mas não existia no Brasil quem soubesse operar o equipamento. Seria necessário enviar alguns funcionários para treinamento no exterior. Como o hospital não tinha funcionários com os pré-requisitos exigidos pelo fabricante do equipamento para treiná-los e não dispunha de recursos financeiros para contratar mão de obra estrangeira o equipamento não foi descaixotado, caindo em obsolescência. Em 1992 este equipamento custava um milhão de dólares.

Autores como Cassiolato e Lastres (1999) e Malik (1998) apontam para esta deficiência na área da saúde, evidenciando a gestão hospitalar, em muitos casos, como fator inibidor para a promoção da aprendizagem organizacional e inovação.

Com o foco na área gerencial formulam-se, aqui, algumas questões com o intuito de provocar uma reflexão em seus representantes:

- 1) Como os hospitais tratam as inovações tecnológicas em relação aos processos organizacionais?
- 2) Como os hospitais articulam o conhecimento gerado e como utilizam este conhecimento a favor deles mesmos?
- 3) Como o erro é tratado nestas instituições?

- 4) Os hospitais têm equidade no tratamento do conhecimento em suas diversas áreas, quem está aprendendo?

Estes questionamentos criam uma tensão entre o estado atual e o ideal da aprendizagem e da inovação nos hospitais, provocando, assim, novas intenções de pesquisa.

Após o término deste trabalho a inquietação pareceu maior do que a saciedade, algumas sugestões de pesquisa, então, são formuladas:

- 1) A administração pública, por si só, já é uma complexa relação de sistemas, serviços e processos, então se propõe: estudar como os hospitais públicos constroem e utilizam seus processos de aprendizagem e inovação correlacionando-os com os índices de desempenho dessas instituições.
- 2) Propor um modelo para estrutura organizacional visando a aprendizagem e inovação em instituições hospitalares.
- 3) A verificação dos fatores que facilitam e inibem a aprendizagem organizacional e a inovação no ambiente interno das instituições hospitalares.
- 4) A aprendizagem organizacional e inovação em empresas de grande diversidade cultural – cultura organizacional versus cultural individual.
- 5) Uma investigação sobre a subjetividade e objetividade na geração e interpretação do conhecimento.

Miner e Mezas (1996), Prange(2001), enfatizam a necessidade dos pesquisadores afastarem-se dos modelos positivistas tradicionais e defendem uma maior utilização de métodos qualitativos de pesquisa aplicada e de ferramentas de modelagem, como por exemplo, a simulação.

Easterby-Smith et al.(2001) completam esta idéia incluindo a análise da linguagem e das histórias e estudos de caso multifacetados, afirmando ser tarefa difícil isolar processos de aprendizagem dentro de organizações complexas, tendo em vista os vários níveis potenciais de análise e o amplo conjunto de atores envolvidos.

Por serem os hospitais organizações complexas, o campo de pesquisa foi direcionado para as áreas de administração e enfermagem. Por este motivo não se pode afirmar que os resultados obtidos possam ser generalizados para toda a estrutura hospitalar.

O uso de questionário, para coleta de dados, não garante por completo a fidedignidade das respostas referentes ao perfil do respondente e da organização.

Pelo uso de métodos quantitativos para análise dos dados obtidos as inferências restringem-se aos resultados, nada podendo ser dito sobre opiniões ou impressões dos respondentes, outro ponto é que a validação do modelo estatístico ficou muito próxima do limite teórico aceito, indicando restrições quanto às generalizações.

Sendo a amostra não probabilística por escolhas racionais, intencionais e julgamento deliberado do pesquisador deve-se considerar os dados obtidos com as devidas restrições, cabe lembrar que foram pesquisados 58 hospitais na cidade de São Paulo, que conta atualmente com 196 hospitais segundo a Prefeitura da cidade de São Paulo (2006).

Como reflexão final registra-se a idéia de que a capacidade de generalizações em estudos sobre os processos que constituem a aprendizagem organizacional e a inovação pode ser restrita devido a divergências, por exemplo, de pessoas tratadas, diferentes cenários, ou diferentes situações históricas e culturais.

Embora haja as possibilidades dessas interações potenciais, a probabilidade desses efeitos de interação não é certa, quando se procura determinar se os resultados obtidos em uma situação cubram outras situações. Por esse motivo, o resultado que se procura generalizar pode ser o produto de características situacionais desconhecidas e não medidas, portanto não se deve assumir que uma prescrição seria suficiente em qualquer contexto dado.

Encerra-se este trabalho registrando a intenção da pesquisadora em continuar seus estudos na área hospitalar, investigando os fenômenos que modelam e orientam a gestão dessas instituições.

21. 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMGE. **Dados e estatísticas da medicina de grupo.** Informe de imprensa. Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Disponível em <http://www.abramge.com.br>, agosto/2004. Acesso em 12/01/2005.

AFUAH, A. **Innovation management: strategies, implementation, and profits.** New York. USA: Oxford University Press, 1998.

ALLEN, T. J. **Managing the flow of technology: technology transfer and the dissemination of technological information within the R&D organization.** Cambridge, Massachusetts : MIT, 1977.

ALMEIDA, E.P. O hospital reinventado. **Revista Exame São Paulo**, parte integrante da ed. 741, n.4. Maio. São Paulo:Abril, 2001.

ANPEI – Associação Nacional de Pesquisa, Desenvolvimento e Engenharia das Empresas Inovadoras. **Resultados da Base de Dados 2001 – Ano Base 2000.** – Disponível em: <http://www.anpei.org.br/>>. Acesso em 16/04/2004.

ANSOFF, I.; STEWART, J. M. Strategies for a technology-based business. **Harvard Business Review.** Boston: HBS Press, Nov./Dec. 1967. apud ANSODR. FF, Igor; McDONNELL, E. J. **Implantando a administração estratégica.** 2. ed. São Paulo: Atlas, p. 206, 1993.

ANTONACOPOULOU, E. Desenvolvendo gerentes aprendizes dentro de organizações de aprendizagem: o caso de três grandes bancos varejistas. . In: EASTERBY-SMITH, M.; BURGOYNE, J.; ARAUJO, L.(Orgs.) **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem: desenvolvimento na teoria e na prática.** p. 263-288,, São Paulo: Atlas, 2001.

ARGYRIS, C. **Knowledge for action: a guide to overcome barriers to organizational change.** San Francisco: Jossey-Bass, 1993.

ARGYRIS, C.; SHÖN, D. **Organizational learning: a theory of action perspective.** Addison Wesley: Reading, 1978.

AYAS, K. Estruturação de projetos para a aprendizagem e a inovação: lições aprendidas com a pesquisa-ação em uma companhia manufatureira de aeronaves. In: EASTERBY-SMITH, M.; BURGOYNE, J.; ARAUJO, L.(Orgs.) **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem: desenvolvimento na teoria e na prática.** p. 217-236, São Paulo: Atlas, 2001.

BAHIA, L. **Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil.** Tese de doutorado apresentada para a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

BARKER, J. R. Tightening the iron cage: concertive control in self-managing teams. **Administrative Science Quarterly**, v. 38, n. 3, p. 408-437, 1993.

BARNEY, J. B. Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**, n.17 v.1, p. 99-120, 1991.

BATESON, G. **Steps to an ecology of mind**. New York: Balantine Books, 1972.

BELL, M.; PAVITT, K. The development of technological capabilities. In: HAQUE, I. U.(ed). **Trade, technology and international competitiveness**. Washington: The World Bank,1995.

BENÍTEZ, Z. R.; RODRÍGUEZ, M. V. R. The strategical management of the knowledge and the reluctance of the professional in sharing organizational knowledge. **Sustainable Business International Journal**, n.1, Nov. 2004.

BIRLEY, S. MUZYKA, D. F. **Dominando os desafios do empreendedor**. Financial Times. São Paulo: Makron Books, 2001.

BONTIS, N; KEOW, W. C. C.; RICHARDSON, S. Intellectual capital and business performance in Malaysian industries. **Journal of Intellectual Capital**, v. 1, n. 1, p. 85-100, 2000.

BORBA, V.R. **Administração hospitalar: princípios básicos**. São Paulo:CEDAS, 1991.

BRYMAN, A. "The debate about quantitative and qualitative research: a question of method or epistemology?" **The British Journal of Sociology**, XXXV, v.1, p. 75-92, 1989.

BOWER, G. H.; HILGARD, E. R. **Theories of Learning**. 5th ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1981.

BURMESTER, H. **Hospitais: o negócio e a saúde**. Fundação Getúlio Vargas – FGV, seminário, 1998.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. As Especificidades do Trabalho no Setor Saúde. **Revista de Economia Contemporânea**, n.3, v.2, 97-123, 1999.

CASSIOLATO, J. E.; LASTRES, H. M. M. . Inovação, globalização e as novas políticas de desenvolvimento industrial e tecnológico. In: CASSIOLATO, J. E.; LASTRES, H. M. M. (editores). **Globalização e inovação localizada: experiências de sistemas locais no mercosul**. Brasília: IBICT/MCT, p. 767-799, 1999.

CASTILHO, G. M.; JANCZURA, G.A. Influência do conhecimento conceitual sobre o raciocínio indutivo. **Estudos de Psicologia**, Natal: UFRN, n.1, v.7, 2000, p. 151-162.

CHANDLER, A. **Strategy and structure**. 22 ed. Cambridge, Mass, MIT Press, 2001.

CHANDY, R. K.; TELLIS, G. J. Organizing for radical product innovation: the overlooked role of willingness to cannibalize. **Journal of Marketing Research**. Chicago. Nov, 1998. Disponível em: <<http://proquest.umi.com/pqdweb>>. Acesso em 12/03/2004.

CHESBROUGH, H. W.; TEECE, D. J. When is virtual virtuous? **Harvard Business Review**, v. 74, n. 1, p. 65-73, May/June, 1996.

- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.
- CHRISTENSEN, C.M. The rules of innovations. **Harvard Business Review**, June, 2002.
- CHRISTENSEN, C.M.; BOHMER, R.; KENAGY, J. Will disruptive innovations cure health care? **Harvard Business Review**, Sept./Oct. 2000.
- CHURCHILL JR., G.A. **Marketing research: methodological foundations**. Chicago: The Dryden Press, 1987.
- COHEN, D. Toward a knowledge context: report on the first annual U. C. Berkeley forum on knowledge and the firm. **California Management Review**. Special Issue on Knowledge and the Firm, v. 40, n. 3, p. 90-111, 1998.
- COHEN, W. M.; LEVINTAL, D. A. Absorptive capacity: a new perspective on learning and innovation. **Administrative Science Quarterly**, v. 53, p. 128-152, 1990.
- COHEN, D. J.; GRAHAM, R. J. **Gestão de projetos MBA Executivo: como transformar projetos em negócios de sucesso**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M. A.A.; GERALDI, J. W. Educação continuada: a política da descontinuidade. **Educação & Sociedade**, ano XX, nº 68, Dezembro/99.
- CLEGG, S. Globalizing the intelligent organization: learning organizations, smart workers, (not so) clever countries and the sociological imagination. **Management Learning**, v. 30, n. 3, p. 259-280, 1999.
- COLLINS, J. C., PORRAS, J. I. **Feitas para durar**. Rio de Janeiro : Rocco, 1995.
- CONTANDRIOPOULO, A. et al. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura e financiamento**. 2. ed., Rio de Janeiro:Hucitec, 1997.
- COOPER. J. R. A multidimensional approach to the adoption of innovation. **Management Decision**. V.. 36, n. 8, p. 493-502, 1998.
- COOPER, R. G. Product innovation and technology strategy. **Research Technology Management**. On line. Washington, Jan./Feb. 2000. Disponível em: <<http://proquest.umi.com/pqdweb>> Acesso em 20/02/2005.
- CROSSAN, M.; LANE, H.; WHITE, R. An organizational learning framework; from intuition do institution. **Academy of Management Review**, v. 24, n. 3, p. 522-537, 1999.
- CYERT, R. M.; MARCH, J. G. **A behavioral theory of the firm**. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, N.J. 1963
- DAFT, R. L.; WEICK, K. E. Toward a model of organizations as interpretation systems. **Academy of Management Review**, v. 9, n. 2, p. 284-295, 1984.

DE GEUS, A. P. Planning as learning. **Harvard Business Review**, Boston; Mar/Apr 1995; v. 66, Iss. 2; p. 70-5. Disponível em: <<http://proquest.umi.com/pqdweb>>. Acesso em 14/04/2005.

DiBELLA, A. J.; NEVIS, E. C.; GOULD, J.M. Understanding organizational learning capability. **Journal of Management Studies**, v. 33, n. 3, p. 361-379, 1996.

DOGSON, M. Organizational learning: a review of some literatures. **Organization Studies**, v. 14, p. 375-394, 1993.

DOSI, G. The nature of innovative process. In: DOSI, G.; FREEMAN, C.; NELSON, R.; SILVERBERG, G.; SOETE, L. (eds) **Technical change and economic theory**. London: Pinter, 1988.

EASTERBY-SMITH, M. Disciplines of organizational learning. **Human Relations**, v. 50, n. 9, p. 1085-1113, 1997.

EASTERBY-SMITH, M; BURGOYNE, J.; ARAUJO, L. **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem: desenvolvimento na teoria e na prática**. São Paulo:Atlas, 2001.

EDMONDSON, A. Psychological safety and learning behavior in work teams. **Administrative Science Quarterly**, v. 44, n. 2, p. 350-383, 1999.

ELKJAER, B. Em busca de uma teoria de aprendizagem social. In: EASTERBY-SMITH, M.; BURGOYNE, J.; ARAUJO, L.(Orgs.) **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem: desenvolvimento na teoria e na prática**. p. 102-116, São Paulo: Atlas, 2001.

ENGEL, J. F.; BLACKWELL, R. D.; MINIARD, P. W. **Comportamento do Consumidor**. 8. ed., Rio de Janeiro: LTC, 2000.

FARIA, J. H.. **Tecnologia e processo de trabalho**.

FIOL, C. M.; LYLES, M. A. Organizational learning. **Academy of Management Review**, v. 10, n. 4, p. 803-813, 1985.

FREEMAN, C. The nature of innovation and the evolution of the productive system. In: **Technology and productivity: the challenge for economic policy**. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 1992.

FREIRE, A. **Inovação: novos produtos, serviços e negócios para Portugal**. Lisboa: Verbo, 2002.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Aprendizagem e inovação organizacional**. São Paulo: Atlas, 1995.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. A. **Curso de estatística**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GALBRAITH, J.;LAWLER III, R. **Organizando para competir no futuro: estratégia para gerenciar o futuro das organizações**. São Paulo: Makron, 1995.

GARVIN, D. A. Building a learning organization. **Harvard Business Review**, v. 71, p.78-91, July/Aug. 1993.

GAZETA MERCANTIL – Análise setorial – sistema hospitalar. **Panorama Setorial**. v. 1-4. São Paulo, 1998.

GAZETA MERCANTIL – Análise setorial – o mapa da saúde no Brasil. **Panorama Setorial**. v. 1-5 .São Paulo, 1998.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1988.

GRANT, R. M. **Contemporary strategy analysis**. 3.ed. Malden: Blackwell, 1998.

HAIR, J.F.Jr.; ANDERSON, R.; TATHAM, R. L; BLACK, W. C. **Multivariate Data Analysis**. Fifth Edition. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

HAMEL, G. Inovação sistêmica e radical. **Revista HSM Management**. n. 36. jan./fev. 2003.

HEDGERG, B. How organizations learn and unlearn. In: NYSTROM C.; STARBUCK, W. (Ed.). **Handbook of Organizational Design**. London: Oxford University Press, 1981.

HIPPEL, E. V.; THOMKE, S.; SONNACK, M. Criando Inovações Tecnológicas na 3M. In: **Inovação na prática: on innovation**. Harvard Business Review. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

HUBER, G. P. Organizational learning: the contributing processes and the literatures. **Organization Science**, v. 2, n. 1, p. 88-115, 1991.

HUYSMAN, M. Contrabalançando tendenciosidades: uma revisão crítica da literatura sobre aprendizagem organizacional. In: EASTERBY-SMITH, M.; BURGOYNE, J.; ARAUJO, L.(Orgs.) **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem: desenvolvimento na teoria e na prática**. p. 81-95, São Paulo: Atlas, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Serviços de Saúde**. Disponível em <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em 16/04/2005.

INKPEN, A. C. Creating knowledge through collaboration. **California Management Review**, v. 35, n. 1, p. 123-140, 1996.

INKPEN, A. C.; CROSSAN, M M. Believing is seeing: joint ventures and organizational learning. **Journal of Management Studies**, v. 32, n. 5, p. 595-618, 1995.

JENSEN, B.; HARMSSEN, H. **European Journal of Innovation Management**, Bradford, 2001. Disponível em: <<http://proquest.umi.com/pqdweb>>. Acesso em 03/07/2004.

JOHNSON, B. Institutional learning. In: LUNDVALL, B-A (edt) **National systems of innovation: towards a theory of innovation and interactive learning**. Londres: Pinter Publishers, 1992.

KENNY, J. Effective project management for strategic innovation and change in an organizational context. **Project Management Journal**. Mar, 2003. v. 34, n.1; p.43. Disponível em: <<http://proquest.umi.com/pqdweb>>. Acesso em: 5/4/2004.

KERLINGER, F.N. **Foundations of behavioral research**. 2 ed. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1973.

_____. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo: E.P.U./EDUSP, 1980.

KIM, D. The link between individual and organizational learning. **Sloan Management Review**, p. 37-50, Fall 1993.

KIM, W. C., MAUBORGNE, R. Esqueça a concorrência. **HSM Management**, São Paulo, n.24, p. 78-86, jan./fev. 2001.

KLEIN, J. Parenthetic learning organizations: towards the unlearning of the unlearning model. **Journal of Management Studies**, v. 26, p. 291-308, 1989.

KLIMECKI, R.; LASSLEBEN, H. Modes of organizational learning: indications from an empirical study. **Management Learning**, v. 29, n. 4, p. 405-430, 1998.

KOLB, D. A. A gestão e o processo de aprendizagem. In: STARKEY, K. (org) **Como as organizações aprendem**. São Paulo: Futura, 1997.

KORN, F. et al. **Conceptos y variables en la investigación social**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1973.

LALL, S.. Technological capabilities and industrialization. **World Development**, London, v.20, n. 2, p. 165-186, 1992.

LEVERING, R. **Um excelente lugar para se trabalhar**. Rio de Janeiro : Qualitymark, 1997. 316 p.

LEVITT, B.; MARCH, J. Organizational learning. **Annual review of sociology**, v. 14, p.319-340. Annual Reviews 1988.

LEROY, F.; RAMANANTSOA, B. The cognitive and behavioral dimensions of organizational learning in a merger: an empirical study. **Journal of management studies**, v.34, n. 6, p. 871-894, 1997.

LEWIN, K. Forces behind food habits and methods of change, Report of the committee on food habits. In: *Psychologie Dynamique* Paris: PUF; 1943.

LIMA-GONÇALVES, E. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo: FGV, v.39, n.1, p.84-97, jan./mar., 1999.

_____. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE Eletrônica**. v. 1, n. 2, jul. /dez. 2002.

LOIOLA, E.; BASTOS, A.V. B. A produção acadêmica sobre aprendizagem organizacional no Brasil. **Revista de Administração Contemporânea – RAC**. São Paulo – ANPAD, v. 7, n.3, p. 181-201, jul./set., 2003.

LÜDKE, M. ANDRÉ, M. E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1988.

MAGALHÃES, R. Organizational knowledge and learning. In The knowledge spiral. In: KROGH G.; ROOS, J.; KLEINE, D. (Ed.). **Knowing in firms**. London: Sage, 1998.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MALIK, A. M. Gestão de recursos humanos. **Série Saúde & Cidadania**. v. 9 , São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MALIK, A. M.; TELES, J. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas - RAE/FGV**, São Paulo: FGV, v. 41, n. 3, p. 51-59, jul./set., 2001.

MARCH, J. G. Exploration and exploitation in organizational learning. **Organizational Science**, v. 2, n.1, p. 71-87, 1991.

_____. **A primer on decision making**. New York: Free Press, 1994.

MARCH, J. G.; OLSEN, J. **Ambiguity and choice in organizations**. Bergen, Norway: University Press, 1976.

MARENGO, L. Knowledge, coordination and learning in an adaptative model of the firm. **Science Policy Research Unit**, University of Sussex, 1992.

MARSICK, V.; GEPHART, M. A. Action research: building the capacity for learning and change. **Human resource planning**, v. 2, n. 26, p. 14-18, 2003.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**: metodologia, planejamento, execução, análise. São Paulo: Atlas, 1994.

MEDICI, A. C. **Saúde**: indicadores básicos e políticas governamentais. Disponível em <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/apresent/apresent.htm>, acesso em 7/01/2005.

METCALFE, S.; GIBBSONS, M. Technology, variety and organization research. In: **Technological innovation. management and policy**, New York, JAI Press, 1989.

MINER, A.; MEZIAS, S.J. Ugly-duckling no more: pasts and futures of organizational learning research. **Organizational Science**, v.1, n.7, p. 88-99, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. informativo on line 2005. Disponível em <URL: <http://www.saúde.gov.br/sps/sps/acredit.htm>>. Acesso em 12/3/2005.

MORGAN, G. Paradigms, metaphors, and puzzle solving in organization theory. **Administrative Science Quarterly**, v. 25, n. 4, p. 605-622, 1980.

_____. **Images of Organizations**. Beverly Hills: Sage, 1986.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

NELSON, R.; WINTER, S. **An evolutionary theory of economic change**. Cambridge: Mass, Belnap Press, 1982

NEVIS, E. C.; DIBELLA, A. J.; GOULD, J. M. Understanding organizations as learning systems. **Sloan Management Review**, v. 36, n. 2, p. 73-84, 1995.

NICOLONI, D.; MEZNAR, M. The social construction of organizational learning: conceptual and practical issues in the field. **Human Relations**, v. 48, n. 7, p.727-746, 1995.

NONAKA, I. The knowledge-creating company. **Harvard Business Review**, p. 96-104, Nov./Dec. 1991.

NONAKA, I; TAKEUCHI, H. **Criação do conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NONAKA, I.; KONNO, N. The concept of “oa”: building a foundation for knowledge creation. **California Management Review**, v. 40, n. 3, p. 40-54, 1998.

OCDE. The measurement of Scientific and Technological Activities. Using Patent Data as Science and Technology Indicators. **Patente Manual**. 1994. Disponível em: <<http://oecd.com>>. Acesso em 10/06/2004.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

OLIVEIRA, V. I. Inovação como estratégia de competitividade. In: XXI Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação em Administração, 1997, Rio das Pedras (RJ). **Anais...** Rio das Pedras (RJ): ANPAD, 1997. CD ROM.

OLIVEIRA, M. M. Competências essenciais e conhecimento na empresa. In: FLEURY, M. T. L.; OLIVEIRA, M.M. **Gestão estratégica do conhecimento**. p. 121-152, São Paulo, Atlas, 2001.

PARRA, D. F.; SANTOS, J. A. **Monografia e apresentação de trabalhos científicos**. São Paulo: Terra, 1995.

PAVITT, K. Key Characteristics of the large innovating firm. **British Journal of Management** v.2, p. 41-50, 1991.

POPPER, K. **A lógica da pesquisa científica**. 2.ed. São Paulo: Cultrix, 1972.

PORTER, M. E. **Estratégia competitiva: técnicas para a análise de indústrias e da concorrência**. Rio de Janeiro:Campus, 1980.

_____. The competitive advantage of nations. Mar./Apr. 1990. In: PORTER, Michael. On competition. Boston: HBS Press, 1998. p.155-195.

_____. How competitive forces shape strategy. **Harvard Business Review**, p. 137-145, Nov./Dec., 1979.

_____. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior**. Rio de Janeiro : Campus, 1990. 511 p.

PRAHALAD, C.; HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, may-june, 1990.

PRANGE, C. Aprendizagem organizacional: desesperadamente em busca de teorias? In: EASTERBY-SMITH, M.; BURGOYNE, J.; ARAUJO, L.(Orgs.) **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem: desenvolvimento na teoria e na prática**. p. 41-60, São Paulo: Atlas, 2001.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. **Hospitais e leitos por rede, município de São Paulo, 1998/2002**. Disponível em <<http://www.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em 13/3/2006.

PRESKILL e TORRES, 2001 easterby In: EASTERBY-SMITH, M.; BURGOYNE, J.; ARAUJO, L.(Orgs.) **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem: desenvolvimento na teoria e na prática**. p. 217-236, São Paulo: Atlas, 2001.

QUINN, J. B. Managing innovation: controlled chaos. May/June 1985. In: FAHEY, Liam. **Competitors: outwitting, outmaneuvering and outperforming**. New York: Wiley, 1999.

QUINN, J. B.; MUELLER, J. A. Transferring research results to operations. **Harvard Business Review**, Jan/feb., Boston: HBS Press, 1963.

RANSON, S.; HININGS, B.; GREENWOOD, R. The structuring of organizational structures. **Administrative Science Quarterly**, v. 25, n. 1, p. 1-15, 1980.

REA, P.; KERZNER, H. **Strategic planning**. New York: VNR, 1997.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.

ROBBINS, S. **Comportamento organizacional**. 9.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

ROBERTSON, T. S. Em prol da revitalização. In: **Financial times: dominando administração**. São Paulo: Makron, 1999. p.193-199.

ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 4. ed. The Free Press, 1995.

ROTHWELL, R. Innovation and firm size: a case for dynamic complementarity; or, is small really so beautiful? **Journal of General Management**, v.8, p. 6-25, 1992.

ROWLEY, J. From learning organization to knowledge entrepreneur. *Journal of Knowledge Management*, v. 4, n. 1, p. 7-15, 2000.

RUAS, R. ANTONELLO, C.S. Repensando os referenciais analíticos em aprendizagem organizacional: uma alternativa para análise multidimensional. **Revista de Administração Contemporânea – RAC**. São Paulo – ANPAD, v. 7, n.3, p. 203-212,jul./set. 2003.

SABAN, K.; LAAKMAN, C. L.; LANASA, J. M. Organização da função de inteligência competitiva na prática: um estudo comparativo de indicadores de desempenho. **Competitive Intelligence Review**, n. 1, v. 11, p. 17-27, 2000.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

SANTOS, J. A.; PARRA, D. F. **Metodologia científica**. São Paulo: Futura, 1998.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. São Francisco: Jossey-Bass, 1985.

SCHERER, F. M. **Innovation and growth: schumpeterian perspectives**. Cambridge, MA: The MIT Press, 1984.

SCHUMPETER, J. **Capitalismo, socialismo, democracia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

SENGE, Peter M. **A quinta disciplina**. Best Seller: São Paulo, 1998.

SELLTIZ, C. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1965.

SHELTH, J.; MITTAL, B.; NEWMAN, B. **Comportamento do cliente**

- SIMON, H. A. **A capacidade de decisão e de liderança**. Rio de Janeiro: USAID, 1963.
- _____. Bounded Rationality and Organization Learning. **Organization Science** v. 2, n. 1, p. 125-134, 1991.
- SIQUEIRA, A. C. B. **Segmentação de mercados industriais**. São Paulo: Atlas, 1999.
- SIMS 2001 easterby In: EASTERBY-SMITH, M.; BURGOYNE, J.; ARAUJO, L.(Orgs.) **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem: desenvolvimento na teoria e na prática**. p. 217-236, São Paulo: Atlas, 2001.
- SLATER, S. F.; NARVER, J. C. Market orientation, customer value, and superior performance. **Business Horizons**, p. 22-29, Mar./Apr. 1994.
- SLEIGHT, Deborah A. **A developmental history of training in the United States**
- SLYWOTZKY, A. J., MORRISON, D. J. **A estratégia focada no lucro: profit zone: desvendando os segredos da lucratividade**. Rio de Janeiro : Campus, 1998.
- SNYDER, W.; CUMMINGS, T. Organizational learning disorders: conceptual model and intervention hypotheses. **Human Relations**, v. 51, n. 7, p. 873-895, 1998.
- STATA, R. Aprendizagem organizacional. A chave da inovação gerencial. In: STARKEY, K. **Como as organizações aprendem**. São Paulo: Futura, p. 376-396, 1997.
- STEIL, A.V. Um modelo de aprendizagem organizacional baseado na ampliação de competências desenvolvidas em programas de capacitação. **Tese de doutorado**, Florianópolis: UFSC, 2002.
- STEIL, A. V.; BARCIA, R. M.; PACHECO, R. C. S. An approach to learning in virtual organizations. In: SIEBERT, Pascal; GRIESE, Joachim (Ed.). **Organizational virtualness and electronic commerce**. Bern: Simowa Verlag Bern, 1999.
- SWIERINGA, J., WIERDSMA, A. **La organización que aprende**. Wilmington (USA): Addison-Wesley, 1995.
- TELES J. P.; MALIK, A. M. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas – RAE/FGV**, São Paulo: FGV, v.41, n.3, p. 51-59, jul./set. 2001.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 7ed. São Paulo: Livros Técnicos e Científicos, 1999.
- TRIPODI, T.; FELLIN, P.; MEYER, H. **Análise da pesquisa social**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A, 1981.

TSANG, E. W. Organizational learning and the learning organization: a dichotomy between descriptive and prescriptive research. **Human Relations**, v. 50, n. 1, p. 73-89, 1997.

TUSHMAM M.; NADLER, D. Organizando-se para a inovação. In: STARKEY, Ken. **Como as organizações aprendem**: relatos do sucesso das grandes empresas. São Paulo: Futura, 1997.

TYLER, K. **Take e-learning to the next step**. RH Magazine, p.56-61, Feb. 2002.

VASCONCELOS, F. C. **Da gestão do conhecimento à gestão da ignorância**: uma visão co-evolucionária. Revista de Administração de Empresas – RAE/FGV, São Paulo: FGV, v. 41, n. 4, p. 98-102, out./dez. 2001.

VON KROGH, G.; ICHIJO, K.; NONAKA I. **Facilitando a criação de conhecimento**: reinventando a empresa com o poder da inovação contínua. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

WERNENFELT, B. A. Resource Based View of the Firm. **Strategic Management Journal**, n. 5, p.171-180, 1984.

WHO. World Health Organization. Disponível em <<http://www.who.int/countries>>. Acesso em 11/12/2005.

ZEMKE, R.; SHAAF, D. **A nova estratégia do marketing**: atendimento ao cliente. São Paulo: HABRA, 1989.

ZILBER, M. A; MONTEIRO DE BARROS, L. A. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de inovações. Costa Rica: **Anais do IX Seminário Latino-Iberoamericano de Gestión Tecnológica**, 2001.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Você está respondendo um questionário para uma pesquisa acadêmica, Stricto Sensu Mestrado em Administração de Empresas- Universidade Presbiteriana Mackenzie, cujo título é: Aprendizagem organizacional e inovação em instituições hospitalares. Os dados contidos neste documento serão utilizados de forma a garantir aos respondentes total anonimato.

I – Caracterização da organização

1- () público () particular

2- () geral () especializado .Identificar a (s) especialidade (s): _____

3- Porte: ()pequeno: de 25 até 49 leitos; () médio: de 50 até 149 leitos;
() grande: de 150 até 500 leitos; () especial: acima de 500 leitos.

4- Número de Funcionários:

II – Caracterização do respondente

1- Cargo:

2- Formação Profissional:

12. Mudanças nos processos organizacionais e procedimentos são incorporados facilmente pelos funcionários e médicos.					
13. A informação, nas diversas áreas do hospital, é acessada com facilidade.					
14. O hospital incentiva os funcionários a darem opiniões sobre os procedimentos e processos organizacionais.					
15. Existe a preocupação do hospital em adotar uma nova solução para fornecer um novo serviço.					
16. Existe, por parte do hospital, o interesse em identificar os erros para criar novas possibilidades de trabalho.					
17. Os erros cometidos pelos funcionários são vistos como parte de um processo de aprendizagem.					
18. O hospital tem a característica de incentivar melhorias nos processos organizacionais, procedimentos e atividades.					
19. O hospital busca resultados imediatos que possam ser medidos depois de treinamentos.					
20. O erro é discutido com o objetivo de buscar melhorias nos processos organizacionais e procedimentos.					
21. O hospital oferece serviços diferentes dos outros hospitais.					
22. O hospital muda sistematicamente os procedimentos e processos organizacionais na minha área.					
23. O hospital em que trabalho é conhecido no mercado como uma instituição inovadora.					
24. O hospital possui integração de atividades que geram diferenciação nos serviços oferecidos.					
25. O hospital cria, com frequência, novos procedimentos e processos organizacionais, diferentes de quaisquer outros nele existentes.					
26. O hospital possui programa de qualidade.					
27. As tecnologias influenciam e são influenciadas por novos procedimentos e processos organizacionais no hospital em que trabalho.					
28. O desenvolvimento de novos serviços, no hospital, está diretamente ligado às exigências do					

mercado.					
29. O hospital opta em criar modificações ou melhorias em processos organizacionais ao invés de substituí-los por processos totalmente novos.					

30. A adoção de novos serviços é decorrente de requisitos organizacionais.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)